

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**



Ilona Fanfrdlová

Bakalářská práce

**Panická porucha očima postižených žen a jejich partnerů**

**Panic disorder from suffering women and their partners point of view**

Vedoucí práce: Mgr. Eva Richterová

Praha 2011

Autor práce: Ilona Fanfrdlová

Vedoucí práce: Mgr. Eva Richterová

Oponent práce:

Datum obhajoby: 2011

Hodnocení:

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura mnou byla řádně ocitována. Práci jsem nevyužila k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím s eventuálním zveřejněním v tištěné nebo elektronické podobě.

V Praze dne 13. 08. 2011

.....

Podpis

### Poděkování

Na tomto místě bych v první řadě ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Evě Richterové, která mi velmi pomohla s výběrem tématu, s ucelením mých mnoha nápadů a se správným nasměrováním při psaní této práce. Velké poděkování patří také MUDr. Haně Bělehrádkové, která se mnohým zasloužila o výhru v mém boji s panickou poruchou a inspirovala mne k využití mých vlastních zkušeností a přehledu o této problematice při tvorbě bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem panickou poruchou trpícím ženám a jejich partnerům, kteří mi věnovali mnoho času a s ochotou mi předali nespočet jejich zkušeností a prožitků.

## Resumé

Moje práce se zaměřuje na panickou poruchu a pohled na ni skrze oči nemocných žen a jejich partnerů žijících ve stejné domácnosti.

Teoretická část mé práce obsahuje základní informace o panické poruše, tedy její klasifikaci, příčiny, možnosti léčby a přehled dosavadních studií a literatury týkajících se zkušeností a prožitků partnerů žen, které trpí panickou poruchou. Svoji pozornost jsem zde upřela zejména na zahraniční zdroje, protože ty domácí se v současné době tímto tématem zabývají velmi okrajově. Využila jsem zde také svoje praktické zkušenosti s panickou poruchou, které jsem získala prostřednictvím své vlastní léčby a také internetových diskuzí, které jsem v dané době hojně navštěvovala.

Praktická část mé práce se zaměřuje na popis vlivu nemoci na pacientku a na jejího partnera. Mým cílem je zde analyzovat prožívání a cítění partnerů v souvislosti se samotnou nemocí, její léčbou a dopadem na kvalitu života a vztahu. Mé závěry se opírají kvalitativní data, která jsem sebrala prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů vedených s ženami trpícími panickou poruchou a jejich partnery.

Velmi doufám, že moje práce pomůže osvětlit tuto málo diskutovanou nemoc nejenom partnerům a rodinám nemocných, ale i mnoha dalším lidem, kteří se na ni chtějí podívat z trochu jiného pohledu, z pohledu nemocné a jejího partnera a jejich prožitků a pocitů.

## **Abstract**

My BA thesis focuses on panic disorder and its' impact on the effected women and their partners' lives in a shared household.

The theoretical part of my work includes basic information about panic disorder i.e. classification, cause, possible cure and a general overview of studies, literature relating to the experiences of the partners' who live with effected individuals. I had to focus on sources from abroad, due to the lack of available material and studies in this country. I was also able to use practical experience from when I was suffering with the disorder and was researching internet forums and discussions on this topic as well as having gone through a rehabilitation process.

The emphasis of my practical work is on the description of how the illness affects the patient and their partners. An analysis of the partners' experiences and feelings relevant to the illness, the cure and the consequences on the quality of live and relationships follows. My conclusions are based on reliable data, obtained through semi structured conversations with effected individuals and their partners.

I hope my work can contribute to the overall awareness of this disorder and show an inside view to the subject.

## Obsah:

Resumé.....	5
Abstract .....	6
Obsah: .....	7
1. Teoretická část .....	9
1.1 Úvod .....	9
1.2 Historie úzkostných poruch .....	10
1.3 Panická porucha .....	12
1.3.1 Diagnostická vodítka .....	12
1.3.2 Diferenciální diagnóza .....	14
1.3.3 Incidence a prevalence.....	14
1.3.4 Etiopatogeneze .....	15
1.3.5 Příznaky panické poruchy .....	17
1.3.6 Faktory posilující panickou poruchu .....	18
1.3.6.1 Přecitlivělost .....	18
1.3.6.2 Vyhýbavé chování .....	19
1.3.6.3 Nepřiměřené obavy .....	19
1.3.6.4 Závislost na druhých .....	19
1.3.6.5 Úzkost posilující chování okolí .....	20
1.3.7 Léčba.....	20
1.3.7.1 Léčba léky .....	21
1.3.7.2 Léčba specifickou psychoterapií.....	22
1.3.7.3 Zahrnutí partnera do léčby, partnerská terapie .....	24
1.3.8 Panická porucha a partnerství .....	26
1.3.8.1 Panická porucha z perspektivy nemocné .....	26
1.3.8.2 Panická porucha a vliv na partnera a partnerství .....	27
1.3.8.3 Partnerův vliv na panickou poruchu .....	29
1.3.8.4 Vliv partnerského svazku na léčbu .....	30
1.3.8.5 Vliv léčby panické poruchy na partnerský vztah.....	31
1.9 Závěr .....	31
2. Praktická část.....	33
2.1 Úvod .....	33
2.2 Výzkumné otázky.....	33
2.3 Výzkumná strategie a technika sběru dat .....	34
2.4 Charakteristika a význam otázek rozhovoru.....	34
2.5 Výběr a popis vzorku.....	36
Tabulka č. 1 – Popis výzkumného vzorku .....	37
2.6 Etika výzkumu a vedení rozhovorů.....	37
2.7 Zpracování a interpretace získaných dat.....	39
2.7.1 Prvotní pohled na panickou poruchu .....	39
2.7.1.1 Pohled mužů .....	39
2.7.1.2 Pohled žen .....	41
2.7.2 Partnerova participace na léčbě .....	42

Tabulka č. 2 – Přehled partnerovy participace na léčbě .....	42
2.7.3. Vliv panické poruchy na partnerství.....	44
Tabulka č. 3 – Přehled zaznamenaných vlivů na vztah .....	46
2.7.4. Vliv panické poruchy na kvalitu života .....	46
Tabulka č. 4 – Přehled zaznamenaných vlivů na kvalitu života .....	47
2.7.5. Následky úspěšně léčeného onemocnění na další život partnerů.....	48
Tabulka č. 5 – Přehled zaznamenaných vlivů nemoci na další život partnerů.....	50
2.8.1. Diskuze .....	53
2.8.2. Závěr .....	55
2.9. Seznam použité literatury .....	56
2.9.1. Literatura.....	56
2.9.2. Články .....	58



# **1. Teoretická část**

## **1.1 Úvod**

Panická porucha je jedna z nejvíce hendikepujících fobií, nemocný přestává být schopen fungovat v práci, starat se o rodinu a naplňovat svůj osobní život (Praško et al., 1997). Omezuje fungování jedince na všech stranách a blízce se dotýká i života jeho rodiny.

Než je panická porucha odhalena, projde pacient mnoha vyšetřeními, při kterých se musí vyloučit somatická podstata jeho onemocnění, teprve poté, je pacient odeslán do ordinace psychologa nebo psychiatra. „U dvou třetin postižených dochází k narušení pracovní schopnosti a partnerských vztahů, asi 7% pacientů s panickou poruchou spáchá suicidální pokus“ (Chval, 2007, str.338).

Téma mé bakalářské práce Panická porucha očima postižených žen a jejich partnerů jsem si vybrala na základě dlouhodobého zájmu o panickou poruchu díky osobní zkušenosti s ní. Moje nemoc mi pomohla uvědomit si, jak málo jsou v naší společnosti neurotická onemocnění diskutována i přes jejich velmi vysokou prevalenci, což dále vede k mnoha předsudkům a omylům a to jak partnerů nemocných, tak široké veřejnosti. Partneři se tak často dostanou do situace, kdy se tato pro ně neznámá nemoc začne úzce dotýkat jejich života a oni zůstanou stát před rozhodnutím, jak se zachovat. Zde je na místě objasnit důvod mého výběru vzhledem k pohlaví nositele onemocnění. Z praktického hlediska jsem si vybrala ženy, protože se u nich panická porucha vyskytuje 2krát častěji než u mužů (Ondráčková, 1997).

Rozhodla jsem se využít svého vhledu a zkušeností, které s onemocněním mám, a poukázat tak na aspekt této nemoci, který bývá velmi často v mnohé literatuře a studiích opomíjen. Nedostatečný současný důraz na pohled partnera na toto onemocnění, ale bohužel znamená velmi omezené množství česky psané literatury, z které jsem mohla čerpat. Literaturu jsem tedy doplnila z větší části o zahraniční články a diskuze vedené jak veřejností, tak odborníky. Při výběru výzkumných otázek jsem se inspirovala hlavními body zájmu zahraniční literatury a sestavila jsem tak několik základních témat, o kterých jsem s dvojicemi vedla rozhovory.

Nevýhodou zde může být jistá epistemologická (ne)citlivost při provádění výzkumu. Jelikož jsem sama nemoc prodělala, mohu být k určitým aspektům výpovědi citlivější a klást je tak do popředí výzkumu nebo naopak mohu něco považovat za samozřejmé a opominout se o tom zmínit. V tomto případě je potřebné se obrátit na vedoucí mé práce, která mi může pomoci objevit moji kategorizaci.

Za cíl si předkládám osvětlit pohled nemocných a jejich partnerů na tuto nemoc, ukázat jejich pocity, prožitky i problémy s onemocněním spojené.

Ve své práci kladu velký důraz na dostatečně rozsáhlé popsání všech atributů nemoci, činím tak v souladu s přesvědčením, že bez dostatečné teoretické znalosti samotné panické poruchy nelze dostatečně poukázat na její problematiku v partnerství.

## **1.2 Historie úzkostných poruch**

Již 3000 let před naším letopočtem se můžeme setkat s popisem úzkosti, jenž byl zaznamenán v sumerském eposu o Gilgamešovi.

Řekové používali pojem *anesuchia*, který znamená neklidný nebo neuvolněný. Římané využívali pojem *anxietas*, což je výraz pro přetrvávající ustrašenost, a nebo také výraz *angor*, který znamená náhlý panický strach (Foxman, 2007).

Co se týče řeckých bohů, najdeme zde hned dva, kteří nám historii úzkostných poruch pomohou nastínit: bůh Phobos, jenž měl postrašit nepřátele před bojem a bůh pastvy a ochránce stád Pan, od jehož jména je odvozen termín panika. Pan byl náladový, kozorohý, srstí pokrytý, osamělý trpasličí bůh, který ve svém úkrytu čekal na procházejícího poutníka, kterého následně vystrašil děsivým výkřikem. Pocit, který poutník zažil, je synonymem pro paniku. Celkově však nelze mluvit o hojném výskytu pojmů jako je panika a úzkost ve starověké literatuře, protože tato kultura měla významný vztah k hrdinství a odvaze, jež byly považovány za největší ctnosti člověka (Foxman, 2007).

Obrat nastává v sobě středověku, kdy bibliční hrdinové pociťují úzkost a obavy ve spojení s církevní inkvizicí.

Pojem úzkost se poprvé objevuje v lékařské literatuře z první poloviny 18. století prostřednictvím Richarda Blackmora (Foxman, 2007). V této době byly pouze psychotické poruchy považovány za mentální poruchy a převažující pojetí bylo radikálně biologické. To bylo také východiskem pro Williama Cullena, který jako první použil termín „neuróza“. Chápal jej jako nevysvětlitelné ovlivnění nervového systému a smyslů nesouvisející s hyperpyrexíí jako primární poruchou (Foxman, 2007). V této době, ale byla neuróza jakýmsi synonymem pro nedostatek morálky.

Počátek 19. století přináší posun pohledu na duševní poruchy. Jako příčiny začínají být označovány sociální a psychologické jevy. Romantismus v čele s Goethem je inspirací pro soudobé lékaře, například Friedrich Beneke (citováno dle Foxman, 2007) tvrdil, že určité ideje nebo postoje mohou být vyjádřeny symbolicky v psychosomatických reakcích.

V této době však ještě nedošlo ke sloučení tělesných a duševních příznaků. Terapie se tak mnohdy přímo zaměřovala na tělesné orgány nemocného.

V druhé polovině 19. století již dochází k rozeznání úzkostných stavů. Wilhelm Griesinger poukazuje na úzkost souvislost mezi psychickou a somatickou stránkou nemoci. Pro vývoj psychického onemocnění dle něj (citováno dle Foxman, 2007) byla nezbytná zranitelná osobnost člověka s nevyrovnaným temperamentem dále pak neuropatologické příčiny a silné afekty jako důsledek potlačovaných sexuálních pudů.

Zakladatel psychoanalýzy Sigmund Freud (citováno dle Praško et al., 1997) chápal úzkost jako výsledek boje mezi nevědomými sexuálními a pudovými tendencemi a zvnitřnělou morálkou. Poprvé použil termín úzkostná neuróza v roce 1895, kdy na rozdíl od Ewalda Heckera, který termín použil dva roky před ním, rozlišil úzkostnou neurózu a neurastenii<sup>1</sup> (Praško et al., 1997).

Úzkostnou neurózu charakterizoval dvojím typem příznaků. Do první skupiny patří úzkostná očekávání a neutuchající starosti (generalizovaná úzkostná porucha), do druhé pak úzkostné ataky, objevující se nenadále, provázené pocením, průjmy, vertigem<sup>2</sup> a narušením dechových funkcí. Vypozoroval, že u některých pacientů dochází k současnému výskytu obou typů příznaků (Praško et al., 1997)

---

<sup>1</sup> nervová slabost, vyčerpání

<sup>2</sup> závrať

Příčinu úzkostných neuróz viděl Freud v genetických a biologických faktorech, které jsou posíleny o zážitky z raného dětství (Praško et al., 1997).

I přes Freudův podrobný popis nebyla panická ataka považována za samostatnou diagnostickou jednotku, ale pouze za symptomatologii. Tento omyl vyvrátili „Klein a Fink, kteří ukázali, že pacienti s panickými atakami dobře reagují na léčbu imipraminem, zatímco pacienti s úzkostnou poruchou bez panických atak nikoliv“ (Praško et al., 1997, str. 23). Klein a Rabkin tuto teorii dále rozvedli a oddělili panickou úzkost od úzkosti z očekávání a všeobecné úzkosti. Dle tohoto názoru byl vytvořen i diagnostický manuál DSM-III (APA, 1980), kde najdeme odlišenou panickou poruchu od agorafobie s panickými atakami. Panické ataky zde slouží jako kritérium pro odlišení od dalších úzkostných poruch (Praško; Vykočilová et al., 2008)

### **1.3. Panická porucha**

#### **1.3.1. Diagnostická vodítka**

Mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN) je utvářena odborníky pod vedením Světové zdravotnické organizace. MKN je mezinárodní systém sloužící ke třídění poruch a nemocí a řídí se jím část světa včetně České republiky. Panická porucha se v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí 10. revizi (MKN – 10) řadí k Neurotickým poruchám, poruchám vyvolaným stresem a somatoformním<sup>3</sup> poruchám (F40-F49) a to vzhledem ke své historické souvislosti s pojmem neuróz a psychologické příčině (Praško; Vyskočilová et al., 2008).

Pokud je u panické poruchy vyvinuto i vyhýbavé chování – vyhýbání se situacím, ve kterých se dříve záchvaty objevily (agorafobie) MKN – 10 ji klasifikuje v jiné kategorii jako agorafobii s panickou poruchou (Praško; Vyskočilová et al., 2008).

---

<sup>3</sup> somatické obtíže a příznaky, které nelze vysvětlit tělesnou poruchou

**Diagnostická kritéria MKN -10 pro panickou poruchu** (citováno dle Praško et al., 2008)

- A. U jedince se vyskytují periodické ataky paniky, které nejsou logicky spojeny s žádnou specifickou situací nebo věcí a které se často vyskytují spontánně, tj. epizody nelze předvídat. Panické ataky nejsou průvodním jevem značné námahy ani vystavení nebezpečným nebo život ohrožujícím situacím.
- B. Panická ataka je charakterizovaná všemi následujícími znaky:
1. je to samostatná ataka masivní úzkosti nebo nuklidu
  2. začíná náhle
  3. dosahuje maxima v několika málo minutách a trvá alespoň několik minut
  4. musí být přítomny alespoň čtyři z následujících příznaků, přičemž jeden příznak musí být z položek (a) až (d):
- Příznaky vegetativní aktivace:
- (a) palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený tep
  - (b) pocení
  - (c) chvění nebo třes
  - (d) sucho v ústech
- Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha:
- (e) obtížné dýchání
  - (f) pocit zalykání se, pocit dušení
  - (g) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku
  - (h) nauzea nebo břišní nevolnost
- Příznaky týkající se duševního stavu:
- (i) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy
  - (j) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace)
  - (k) strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráty vědomí
  - (l) strach ze smrti
- Celkové příznaky:
- (m) návaly horka nebo chladu
  - (n) pocity znecitlivění nebo mravenčení
- C. Nejčastěji užívaná vylučovací doložka. Panické ataky nejsou vyvolány tělesnou poruchou, organickou duševní poruchou ani jinými duševními poruchami, jako je např. schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady ani somatoformní poruchy.
- Rozsah jednotlivých variací, pokud jde o obsah a tíži, je tak veliký, že se mohou specifikovat pátým znakem dva stupně – středně těžký a těžký.
- F41. 00 středně těžká panická porucha – alespoň čtyři panické ataky v období čtyř týdnů
- F41. 01 těžká panická porucha – alespoň čtyři panické ataky za týden po období čtyř týdnů

### **1.3.2. Diferenciální diagnóza**

Přítomnost panické ataky ještě nemusí nutně indikovat panickou poruchu. Panické ataky se objevují také u různých úzkostných a afektivních poruch. Proto, abychom mohli určit panickou poruchu, musíme vyloučit intoxikaci, abstinenční syndrom, tělesné příčiny úzkosti a jiné psychické poruchy (Anthony et al., 2009).

Panika je fenoménem, který mají vedle panické poruchy společný i mnohé jiné klinické poruchy jako jsou prosté fobie, agorafobie, sociální fobie, generalizovaná úzkostná porucha, posttraumatická stresová porucha a velká depresivní porucha (Anthony et al., 2009).

Mnohá somatická onemocnění, která mají podobnou symptomatologii jako panická porucha, mohou vést k diferenciální diagnóze. Mezi tato onemocnění patří například: anemie, arytmie, astma bronchiale, kardiovaskulární poruchy, migrény, hypertenze, plicní embolie, prolaps mitrální chlopně, encefalitida, epilepsie nebo nádory mozku (Kukumberg; Ulč, 2001).

V návaznosti na panickou poruchu se může u pacienta rozvinout závislost na alkoholu nebo na drogách. K těmto látkám se nemocný často uchyluje ve snaze dočasně potlačit prožívání symptomů.

### **1.3.3. Incidence a prevalence**

Prevalence panické poruchy se zvyšuje úměrně s délkou neléčené nemoci. Může tak docházet k případům, kdy má nemocný několik desítek záchvatů úzkosti denně. Po odeznění záchvatu dochází ke krátkodobé úlevě, která je však často vystřídána nastupující anticipační úzkostí, neboli strachem z budoucího záchvatu. Nemocná se tak ocitá v uzavřeném kruhu, kde se objevují záchvaty úzkosti na straně jedné a strach ze záchvatů na straně druhé. Dále se pak může rozvíjet i strach z míst a situací, kde záchvat paniky proběhl, což ve svém důsledku vede ke strachu i z těchto míst a situací. Panická porucha tak začíná omezovat aktivity, zájmy, možnosti a schopnost samostatného fungování nemocného.

„Každý rok se setká se záchvatem paniky asi každý 8. – 10. z nás. Panickou poruchou onemocní každý rok asi 1 – 3 % osob“ (Praško et al., 1997, str. 35). Setkáme se s ní dvakrát častěji u žen než u mužů.

Počátek vypuknutí panická poruchy bývá u pacientů mezi 23. a 29. rokem, často je spojen s dlouhodobou stresovou situací, manželskými konflikty, smrtí blízkého člověka nebo tělesným onemocněním. Asi 28 % nemocných žádný stresor před vypuknutím panické poruchy nezaznamená (Chval, 2007). U pacientů, kteří zažili silně emotivní zážitek jako je právě smrt blízkého, se často rozvíjí panická porucha s depresí. Velká skupina pacientů, zhruba dvě třetiny, trpí panickou poruchou spojenou se skupinou fobií jako je strach z otevřených prostranství, dopravních prostředků, velkého množství lidí, které shrnujeme pod názvem agorafobie (Kosová, 2005). Agorafobie je strach z veřejných prostranství, vcházení do obchodů, výtahů, uzavřených prostor, a mnoha dalších míst, z kterých není možný okamžitý únik do bezpečí. Nemocný nepocítuje strach z těchto míst, bojí se událostí, které se mu mohou na těchto místech stát, bojí se, že se ztrapní, že se mu nedostane pomoci od druhých. Nemocný se tak těmto místům vyhýbá a mnohdy je není schopen navštívit sám bez doprovodu partnera nebo někoho velmi blízkého, který pro něj na daném místě představuje bezpečný bod (Kosová, 2005).

Pacienti, u nichž ještě nebyla diagnóza panické poruchy stanovena, ať už bez agorafobie nebo s ní, jsou jedni z nejčastějších návštěvníků ordinací praktických lékařů a ambulantních zdravotnických zařízení. Psychiatr je obvykle přijímá až po jejich vyšetření kardiologem a nejméně dvěma dalšími somatickými lékaři (neurolog, endokrinolog apod.), tato vyšetření mohou nemocnému zabrat až 3 roky (Chval, 2007). Nemocní jsou dlouho přesvědčení, že trpí somatickou onemocněním. Nevnímají úzkost, kterou prožívají, za určující faktor onemocnění, často se zmiňují pouze o somatických problémech, které s sebou onemocnění nese.

#### **1.3.4. Etiopatogeneze**

Jednoznačná odpověď na to, co způsobuje panickou poruchu, nám není známa. V současné době se odborníci shodují na kombinaci bio-psycho-sociálních faktorů.

„První ataka se obvykle objeví zcela nečekaně, bez zjevné příčiny, z plného zdraví, anamnesticky ale často zjišťujeme prožití více stresujících událostí v minulosti a u některých pacientů nacházíme spojitost s aktuálními zátěžovými

situacemi (například nemoc, ztráta partnera, závažná změna v pracovním nebo osobním životě). Izolované panické ataky může provokovat požití psychoaktivních látek (amfetaminy, kokain, halucinogeny, marihuana, kofein)“ (Chval, 2007, str. 339).

Je prokázáno, že významnou úlohu při rozvoji této nemoci hraje genetická vazba, uvádí se až 50 % genetických vázaných vlivů. Do této kategorie řadíme i neurotransmitterovou dysfunkci (zejména serotoninu a noradrenalinu) v limbických strukturách, oblastech mozku kmene a šedé kůry mozku (Chval, 2007).

Biologická psychiatrie se při pátrání po příčině panické poruchy zaměřuje na abnormality autonomního nervového systému a dysregulace v neuromediátorových systémech mozku. Sympatický nervový systém silně reaguje na podprahové podněty a také se pomaleji adaptuje na podněty opakované (Kosová, 2005). Zvýšený tonus sympatického nervového systému u panických pacientů vede k rozvoji falešné poplachové reakce těla – „boje nebo útěku“, kdy se vyvíjí intenzivní úzkost a napětí. Tělo pak na vysokou úzkost reaguje odsunem krve z periferních oblastí do srdce a kosterních svalů. U ostatních orgánů dochází k perfuzi, což je provázeno nepříjemnými pocity v nadbřišku, pocitem chladu končetin, jejich mravenčením a psychickým změnami. Krevní tlak evaluje, dochází k hyperventilaci s nepříjemnými pocity na hrudi, přidává se pocit nedostatku dechu, což dále přispívá k somatické symptomatologii a k zintenzivnění úzkosti (Peurifoy, 2005). Během dalších 20 minut zpravidla dojde k ústupu subjektivních obtíží a dostaví se vyčerpání.

Byla identifikována řada látek, tzv. panikogenů, které mohou u disponovaného člověka vyvolat panický záchvat. Mezi panikogeny patří kofein ve vyšších dávkách, laktát sodný, oxid uhličitý, johimbin, fenflutamin a další. Právě ze schopnosti panikogenů vyvolat panický záchvat můžeme usuzovat, že panická porucha má biologickou podstatu (Praško et al., 1997) .

Panická porucha se dá podle kognitivně-behaviorální teorie interpretovat jako naučená schopnost organismu reagovat na běžné tělesné projevy jako na silně ohrožující události. O této teorii svědčí úspěšnost kognitivně-behaviorální psychoterapie (Peurifoy, 2005).



### 1.3.5. Příznaky panické poruchy

Typické projevy panické poruchy (citováno dle Praško et al., 2008)

- Pocení
- Bolest na hrudi
- Chvění nebo třes
- Povrchní dýchání, hyperventilace
- Pocit dušení se
- Depersonalizace a derealizace
- Brnění kolem rtů
- Návaly horka nebo chladu
- Pocit „knedlíku v krku“, sucho v ústech
- Bušení srdce
- Mžítka před očima
- Úzkostné myšlenky, obavy ze zešílení, ztráty kontroly, pomočení

Pro panickou poruchu jsou typické náhlé ohraničené epizody intenzivního strachu a hrůzy, které doprovází tělesné a psychické symptomy. Začátek této epizody je vždy náhlý, objevují se palpitace, dušnost, závratě, bolesti na hrudi, pocity neskutečna (derealizace), obavy ze smrti nebo zešílení. Ataky paniky trvají 10 – 30 minut, mohou však trvat i 2 hodiny. Kognitivně-atribuční teorie (Clark et al.) spojuje panické záchvaty nejčastěji s vnímáním a očekáváním nebezpečí nebo hrozby. Často jsou spojené s pocitem hrozící záhuby nebo zešílení. Psychofyzilogická model (např. Ehlers a Margraf) zdůrazňuje zvýšenou funkci autonomního nervového systému. (Praško et al., 1997). Barlow zase spojuje panické záchvaty s nutkáním k útěku v souladu s teorií emocí zdůrazňující jejich pudovou složku. K útěku nemocného ze situace nebo místa, kde panickou ataku prožívá, dochází často. Hned jak z místa unikne hledá pomoc a bezpečí. Často však samotné opuštění místa stačí k tomu, aby ataka sama odezněla (Otto et al., 1995).

Po odeznění ataky se může dostavit pocit úlevy, třes, bolest hlavy nebo vyčerpání. Často však na ní navazuje trvalý strach z dalšího záchvatu, který vede k tomu, že člověk vnímá všechny svoje tělesné reakce velmi intenzivně. Může si pak myslet, že pouhé zvýšení tepu po vypití čálku kávy je začátkem panické ataky.

Častá bývá také anticipační úzkost, která je charakteristická strachem ze ztráty sebekontroly během panického záchvatu. Anticipační úzkost tak mnohdy vede k potřebě se vyhýbat veřejným místům, kde by mohlo k atace dojít, stejně tak jako k odmítání zůstat sama doma, kvůli nedostupnosti případné pomoci od partnera nebo příbuzného. Nemocný tak začne mít strach z pobytu na veřejnosti i možnosti být sám doma. Pokud jsou tyto strachy majoritní je na místě hovořit o agorafobii s panickou poruchou (Praško; Vyskočilová et al., 2008).

#### Typické projevy agorafobie

- Strach z velkých prostranství, veřejných míst, uzavřených míst, kde je špatná možnost nepozorovaného úniku nemocného nebo okamžitého dosažení lékařské pomoci
- Strach z cestování veřejnou dopravou a autem
- Strach z velkého množství lidí
- Strach být doma o samotě
- Vyhýbání se místům, kde došlo k panické atace
- Snaha utéci z míst, kde došlo k panické atace, do bezpečí
- Strach vzdálit se od domova

### **1.3.6. Faktory posilující panickou poruchu**

Nemocný, který trpí panickou poruchou má tendenci si katastroficky interpretovat běžné události a tělesné pocity. Postupně se k těmto katastrofickým scénářím přidává i přecitlivělost, vyhýbavé chování, nepřiměřené obavy, závislost na druhých a „úzkost posilující chování okolí“ (Peurifoy, 2005).

#### **1.3.6.1. Přecitlivělost**

Nemocný má tendenci upírat přehnanou pozornost na své tělo a tělesné pocity. Začne si tak uvědomovat tělesné pocity, které pro něj byly dříve úplně běžné, a nevěnoval jim pozornost. Často je pak považuje za důkaz existence nějaké vážné choroby. Kvůli jeho přecitlivělým tělesným reakcím začne tyto pocity vnímat

v mnoha různých situacích a reaguje na ně strachem a úzkostí. Přecitlivělost k tělesným reakcím pak ve svém důsledku vede k vysokému emočnímu napětí, které může způsobovat zrod dalších znepokojujících situací, myšlenek a tělesných signálů (Peurifoy, 2005).

#### **1.3.6.2. Vyhýbavé chování**

Katastrofické interpretace, které si nemocný vytváří, mu brání ve vystavování se určitým činnostem, o kterých je přesvědčen, že na něj mají negativní dopad. Pak například člověk, který je přesvědčený, že trpí chorobou srdce na základě příznaků panické poruchy, nechce vykonávat žádnou činnost, která by mu mohla zvýšit srdeční tep. Vyhýbá se tak mnoha činnostem od rychlé chůze, běhu, sportu, fyzické práce až po sex. Tím, že tyto činnosti neprovozuje, neví, že by mu ve skutečnosti žádné nebezpečí nepřinesly.

#### **1.3.6.3. Nepřiměřené obavy**

Anticipační úzkost vede k potřebě se obávané situaci vyhnout, pokud tak nemocný neučiní a situaci se nevyhne, může ho negativně ovlivnit jeho přesvědčení, že v dané situaci selže. Většinou je však anticipační úzkost mnohem vyšší, než úzkost pociťovaná v dané situaci.

#### **1.3.6.4. Závislost na druhých**

Závislost na blízkých je velmi nepříjemnou stránkou panické poruchy. Často jsou na nich nemocní natolik závislí, že se bez nich neobejdou velkou část dne. Většinou se nemocný upne na svého partnera, ti se pak často cítí být spoutáni, může následně docházet ke konfliktům, které pak zhoršují panickou poruchu a tato situace může vést i k rozvoji druhotné deprese. Někdy se může u partnera v návaznosti na pocit potřebnosti vyvinout dominance nebo pocit hodnoty (Ondráčková et al, 1997).

Nemocný se z počátku nemoci potýká s partnerovou snahou porozumět situaci, pomoci nemocnému, vyhledat pomoc doktorů, utěšit ho. Pokud se však

situace dlouhodobě nelepší, což je vzhledem k době potřebné k určení správné diagnózy pravděpodobné, partner nemocného začíná být skeptický a tlačí na partnera, aby svoje úzkosti překonal. Nátlak partnera je však u mnohých nemocných spouštěčem další úzkosti.

#### **1.3.6.5. Úzkost posilující chování okolí**

Panická porucha pacienta handicapuje, na tuto skutečnost se váže jeho potřeba pomoci od blízkých. Ti se mu často snaží pomoci, začnou ho „šetřit“, nenutí ho vystavovat se obávaným situacím, berou pacientovy povinnosti na svá bedra, odváží ho do práce autem apod. Tato nadměrná péče má však na nemocného velmi negativní dopad. Může se cítit bezcenný, bezvýznamný nebo neschopný. Dochází k jakémusi bludnému kruhu úzkosti, kdy si nemocný vyčítá svou nesamostatnost, a okolí mu ve snaze pomoci, upírá možnost se, pozvolnými expozicemi s obávanou situací, k samostatnosti dopracovat (Ondráčková, 1997).

#### **1.3.7. Léčba**

Panická porucha patří mezi dobře léčitelné úzkostné poruchy. Již od 60. let minulého století se setkáváme s psychologickým i farmakologickým přístupem k její léčbě. Ta je tvořena pacientovi na míru dle jeho anamnézy, předchozí léčbě, ochotě spolupracovat a rozvoji doprovodných onemocnění. Hlavním cílem je eliminace panických atak. Jakmile dojde k jejich odstranění, je třeba upřít pozornost na anticipační úzkost, fobie, postižení v roli a celkové zdraví. Pokud je pacient zdravotně v pořádku a došlo u něj k odstranění ostatních 4 hlavních bodů léčby minimálně po dobu 4 měsíců, můžeme u něj mluvit o plné remisi (Ross et al., 1994).

Léčbu dle délky dělíme na krizovou intervenci, akutní léčbu (do 12 týdnů) a udržovací léčbu (do 18 měsíců). Krizová intervence je využívána ke zvládnutí panického záchvatu, kdy nemocný vyhledá okamžitou lékařskou pomoc. V souladu s ní je třeba pacienta uklidnit, nebagatelizovat jeho obtíže, vysvětlit mu podstatu jeho onemocnění a případně mu zprostředkovat psychiatrickou pomoc.

Akutní a udržovací léčba se neliší, při udržovací léčbě pacient užívá stejného léku, jako užíval ve fázi akutní, pouze v co nejnížší dávce, aby se zabránilo jeho remisi (Praško et al., 2006).

#### **1.3.7.1. Léčba léky**

Z historického hlediska byly benzodiazepiny první farmaka využívaná k léčbě panické poruchy. Ještě do nedávna byly předepisovány jako léčba první volby. Mají vysoký efekt, rychlý nástup účinku a také nízkou pořizovací cenu. Z dlouhodobého hlediska jsou bohužel méně účinná a jejich užívání je spojeno s rizikem vzniku závislosti. U nově vyvinutých BZD je toto riziko podstatně menší, ale potýkají se s rizikem nového vzniku úzkosti po jejich vysazení. Jejich anxiolytický efekt působí zejména na somatickou stránku onemocnění, po kognitivní a depresivní se nesetkává s účinkem. V současné době se převážně využívají jako adjuvantní léčba v úvodu léčby panické poruchy, kdy se ještě dostatečně neprojeví nástup antidepresiv a nemocný může pociťovat zvýšenou úzkost (Kosová, 2005).

Pro léčbu panické poruchy se hodí zejména antidepresiva. Ta napomáhají snižovat hladinu napětí, což u nemocného jedince vede ke snížení počtu panických záchvatů.

U více než 50 % postižených je v průběhu léčby antidepresivy zaznamenáno výrazné zlepšení stavu nebo dokonce úplné vymizení příznaků panické poruchy (Kosová, 2005). S pomocí antidepresiv dochází ke znovunastolení rovnováhy působků na neuronech a k zábraně zpětného vychytávání serotoninu v mozku. Jejich působný efekt není okamžitý, pacient nejdříve zaznamená mírné zhoršení stavu, po 3-6 týdnech následuje markantní zlepšení.

V současné době existuje několik druhů antidepresiv. Nejúčinnějšími z nich jsou Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), které výrazně snižují frekvenci panických atak. Mezi SSRI řadíme escitalopram, citalopram, paroxetin, sestralin, fluoxetin a fluvoxamin.

Nejsou návyková a mají mnohem menší spektrum nežádoucích účinků než klasická antidepresiva. Bohužel však přibližně 33% pacientů přeruší léčbu již v prvním měsíci a po čtvrtém měsíci je to dokonce až 56% pacientů. Převážně je za důvod k přerušení uváděna nevolnost, která je v začátcích léčby přítomna u více než 20%

pacientů. Jako druhý nejčastější důvod vedoucí k předčasnému vysazení SSRI je uváděna sexuální dysfunkce, které postihují 20-50% pacientů (Kosová, 2005).

Další skupinou antidepresiv jsou Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI), které mají podobné účinky jako SSRI, nejužívanější pro léčbu panické ataky je venlafaxin.

Tricyklická antidepresiva (TCA) jsou stejně jako SSRI i SRNI vysoce účinná a nevzniká na nich závislost. Není třeba během léčby zvyšovat jejich dávkování, mohou se podávat jen jednou denně a mají stejně jako antipatický tak antidepresivní účinek. Nejsou však v počátku léčby dobře snášeny, pacienti se potýkají se suchem v ústech, závratěmi, zácpou a rozmazaným viděním (Kosová, 2005).

#### **1.3.7.2. Léčba specifickou psychoterapií**

Pacienti, kteří mají mírou či středně těžkou symptomatologii, by měli být v první řadě léčeni psychoterapeutickou cestou.

I když je v současné době zřejmé, že mnoho psychoterapeutických technik je v léčbě panické poruchy velmi účinných, není k dispozici dostatek zdrojů, které by obsahovaly objektivní zpracování těchto dat. Nejvíce studovanými psychologickými intervencemi s objektivním zpracováním jsou kognitivní a behaviorální teorie. Opírají se o vědecky podpořené teoretické modely úzkosti, přímý vztah mezi léčebnými strategiemi a příznaky choroby (Praško et al., 1997).

Behaviorální léčba má základ v teorii, že patologická úzkost je získána klasickým podmiňováním a udržována vyhybavým chováním. K utlumení úzkostných odpovědí používá procesy učení a systematickou expozici situacím a stimulům, které u pacienta vyvolávají neadekvátní strachové podněty. Expozice obávané situaci je postupně opakovaně prodlužována, úzkostné projevy se tak na základě habituace snižují. Účinnost behaviorální léčby kolísá mezi 58% až 83% vyléčených pacientů. Její účinnost má dlouhodobý, letitý efekt. (Otto et al., 1995).

Kognitivní teorie se opírají o myšlenku, že poruchy emocí mají základ v maladaptivním myšlení. Pacient má narušené představy o psychickém a fyzickém ohrožení, interpretuje benigní tělesné pocity jako život ohrožující událost, kterým se pak vyhýbá. Kognitivní terapie si klade za úkol tyto chybné kognice identifikovat a

opravit, snaží se u pacienta docílit realističtějšího vnímání situace a zvládat tak opakovaně vznikající úzkost.

Kognitivně-behaviorální teorie kombinuje postupy behaviorální terapie s kognitivním přístupem k problému. Zaměřuje se na kognitivní práci s motivací k léčbě. Obvykle se provádí ambulantně, někdy je třeba ji u zvlášť těžkých případů provést za hospitalizace. Léčba trvá 5 až 20 sezení s týdenní či dvoutýdenní frekvencí. Mezi základní metody KTB u panické poruchy patří edukace, nácvik svalové relaxace a správného bráničního dýchání, interoceptivní expozice, zpochybnění katastrofických interpretací a odstranění vyhýbavého chování (Praško et al., 1997).

Typické příznaky panické poruchy jsou v rámci KTB záměrně vyvolány hyperventilací (interoceptivní expozice) a terapeut ukáže pacientovi jak s pomocí kontrolovaného dechu obtíže odstranit. Dále se pacient učí nacházet racionální vysvětlení svých panických myšlenek. Po odstranění panických atak přichází na řadu systematická práce s životními problémy, které pravděpodobně stály u vzniku panické poruchy.

Barlowovy (citováno dle Kosová, 2005) výzkumy z roku 1997 ukázaly, že kognitivně-behaviorální terapie vykazuje významně lepší účinky než jiné psychologické terapie a dokonce i než farmakoterapie. Je účinná u více než 70% pacientů po dobu dvou let. Bohužel se však tato teorie setkává s problematikou ze strany pacienta, který ji odmítá pro její náročnost podstoupit. Dalším podstatným problémem je relativní nedostatek trénovaných terapeutů.

U mnoha odborníků se můžeme setkat s velmi pozitivním názorem na kombinaci kognitivně-behaviorální terapie s farmaky. Jak KBT tak léky jsou velmi účinné, ale samostatně nejsou schopny vyléčit všechny pacienty, jejich kombinací tak posílíme jejich účinnost. Tento názor však nebyl dosud jednoznačně teoreticky podpořen.

Psychofarmaka mají na rozdíl od psychoterapeutických přístupů několik výhod. Mají rychlejší počáteční odezvu. Jsou spolehlivější ve smyslu prevence atak a snížení celkové úzkosti, jsou také levnější a dostupnější. Na druhou stranu nejsou tak účinné ve snižování vyhýbavosti obávaným situacím, neučí novým dovednostem, může na nich vzniknout psychická nebo fyzická závislost a dochází u nich k častějším relapsům (Kosová, 2005).

Při jakékoli léčbě je třeba dbát na dostatečnou edukaci pacienta. Ten má možnost výběru strategie léčby, ta zpravidla odpovídá jeho osobnostnímu přesvědčení. Edukací pomůžeme odstranit mýty, které se pojí s pacientovým vnímáním panické poruchy. Někdy pouze tento krok stačí k odeznění jejích hlavních příznaků.

#### **1.3.7.3. Zahnutí partnera do léčby, partnerská terapie**

Nemocné ženy mají tendenci hledat pomoc u partnera. Tohoto faktu můžeme využít při cíleném zahrnutí partnera do léčby. Je ale třeba, aby nejbližší nemocného měli na paměti následující body (Praško et al., 1997) :

- Panická porucha je medicínský a psychologický problém, není to známka lenosti, povahová úchylka nebo zbabělost
- Je dobře léčitelná, zvláště při účasti a pomoci ze strany nejbližších
- Nehleďte viníka nemoci, neobviňujte nemocného za jeho příznaky
- Podpořte nemocného v jeho rozhodnutí navštívit odborníka, čím dříve bude léčba zahájena, tím dříve bude odstraněna
- Neodrazujte nemocného od užívání léků, antidepresiva jsou vystavena mnoha předsudkům ze strany veřejnosti, pokud je však lékař vašemu blízkému doporučil, podpořte jeho rozhodnutí je začít užívat
- Podpořte nemocného při vystavování se expozicím obávané situace, v mnoha případech to prohloubí váš vzájemný vztah
- Podporujte pravidelnou léčbu u odborníka, nedovolte, aby nemocný bez jeho vědomí přestal s užíváním léků nebo psychoterapií
- Věnujte pozornost pocitům nemocného, pokud nemocný vykazuje známky deprese, okamžitě informujte jeho lékaře
- Nezlehčujte stav nemocného, nekritizujte ho, nekřivďte mu, nenapomínejte ho a k ničemu ho nenut'te, tímto chováním byste jenom posílili jeho úzkost. Nemocný je omezován svou nemocí, proto musí postupovat v léčbě krok po kroku. Trápí ho výčitky svědomí a sebeobviňování se, proto ho podpořte v přijmutí jeho stavu jako důsledku jeho onemocnění.
- Věnujte pozornost jeho pokrokům a oceňte je



- Poskytněte nemocnému dostatečnou psychickou oporu, nemocný potřebuje cítit, že vás nezklamal, že se na něj nezlobíte a že ho přijímáte
- Posilujte jeho naději na vyléčení.

Zvláštní kapitolou je partnerská terapie. V naší zemi se s ní setkáváme spíše výjimečně a čeští autoři ji ve svých knihách zcela opomíjejí. V následujících řádcích se pokusím nastínit proč je dle mého názoru velmi důležitá.

Existují 3 typy partnerské terapie. Všechny však mohou být použity v léčbě současně. Prvním z nich je asistovaná intervence, kde partner nemocné funguje jako zástupný terapeut a pomáhá své partnerce splnit předepsané expozice a dodává jí citelnou podporu. Tato intervence je velmi často využívána na základě dominantního paradigmatu, který tvrdí, že pro léčbu panické poruchy je zásadní expozice a kontrola reakcí. Oba partneři, tedy jak nemocná tak její zdravý partner, jsou od terapeuta dostatečně informováni o povaze panické poruchy. Tento přístup však neklade pozornost na funkčnost vztahu, který může ovlivňovat účinnost léčby. Má také často za následek nevědomé označení nemocného partnera jako původce problémů ve vztahu (Snyder et al., 2003).

Druhým typem jsou specifické intervence. Tyto intervence se vytváří na základě způsobu, jakým se pár vyrovnává se specifickými projevy panické poruchy. Způsoby vyrovnání se, se pak dále propojí s tím, jak je jimi ovlivňován partnerský vztah. V zásadě je tedy kladena pozornost na partnerský vztah, ale pouze v jeho přímé souvislosti s onemocněním (Snyder et al., 2003).

Obecná terapie je třetím typem partnerské terapie, kterým se budeme zabývat. Zaměřuje se na různé dimenze vztahu a odhaluje tak příčiny možného stresu, který pak dále působí na zvýšení úzkosti u nemocného. Naučí pár pracovat s jejich emocemi, klidně komunikovat a diskutovat. Je doporučován před nástupem asistované intervence i specifické intervence, pokud by mohly partnerské problémy ovlivňovat schopnost spolupráce v páru.

Využívá kognitivně-behaviorální terapii, redukuje negativní interakce, posiluje pozitivní, učí pár komunikovat, obnovuje důvěru v partnera apod. (Snyder et al., 2003).

Jak již bylo řečeno, tyto tři přístupy k léčbě se mohou různě kombinovat. Aby se terapeut mohl rozhodnout kterou kombinaci použít, musí nejdříve

prozkoumat problémy v páru, stupeň vzhledu do panické poruchy a schopnost partnerů se vzájemně podporovat.

Partneři, kteří neidentifikují panickou poruchu jako hlavní problém, by se měli nejdříve soustředit na obecné problémy ve vztahu. Terapeut by je po jejich odhalení měl pomalu zasvěcovat do asistované terapie a specifické terapie. Dále by jim pak měl nastínit, jak se jejich vztah této poruše podrobuje. Tento kontextuální přístup k léčbě minimalizuje chuť obviňovat nemocného za problémy ve vztahu. Některé páry tak mohou rozpoznat, že problémy ve vztahu vedou k rozvoji panické poruchy u jednoho z nich. Po té, co je terapeut o této poruše dostatečně informuje, mohou začít s asistovanou a specifickou intervencí (Snyder et al, 2003).

Partnerská terapie bývá kombinována s farmakologickou léčbou. Její úspěšnost je v této kombinaci velmi vysoká. Má pozitivní vliv na pacienta, který se necítí být ve své nemoci sám, ale i na partnera, který je lépe schopen porozumět nemoci a vnímat pokroky svého partnera.

### **1.3.8. Panická porucha a partnerství**

#### **1.3.8.1. Panická porucha z perspektivy nemocné**

Žena trpící panickou poruchou je součástí mnoha existujících osobních vazeb.

Je dcerou, partnerskou, matkou, kamarádkou. Panická porucha tyto vztahy ovlivní, ale tyto vztahy naopak ovlivní i nemoc samotnou. Nemocná si je vědoma stresu, který její porucha vyvolává i mnoha nově vzniklých potřeb, které klade na své blízké. Před vypuknutím nemoci byly mnohdy tyto ženy nezávislé perfekcionalistky, řídící partnerský vztah. Vznik nemoci pro ně tedy znamená velkou těžkost ve smyslu přijmu své nové role ve vztahu. Často je jim vlastní i snaha odčinit vznik své nemoci přílišnou snahou potěšit svého partnera. Panické ženy bojují s intimitou, neschopností přijímat kritiku, senzitivitou a strachem z odmítnutí. Bojí se vyjádřit své pravé city a pocity ve snaze předejít předsudkům protějšku (Carlson; Sperry, 1998).

Zaběhlá rutina jejich bytí je nemocí narušena. Jsou svázány svým strachem a nemohou tak podstupovat činnosti, které jim dříve nečinily problém. Taková jízda autem, vlakem, nakupování, pracovní schůzka a mnohé jiné představují nejběžnější

činnosti, kterých se musí kvůli svým strachům vzdát. Tento strach může zajít tak daleko, že nejsou schopny opustit bez doprovodu svůj domov. Nemocné tak samy sebe popisují jako neschopné fungovat ve společnosti. Často se setkáváme s uvedením nemocné do pracovní neschopnosti, z které dále plyne nedostatek finančních prostředků. Tyto a mnohé další skutečnosti mají vedle panické poruchy samotné velký a rozhodný vliv na psychiku jedince (Walsh; Anderson, 1987).

#### **1.3.8.2. Panická porucha a vliv na partnera a partnerství**

Každé partnerství je jakýsi rovnovážný systém, kde chování a jednání jednoho člena ovlivňuje toho druhého. Tento systém se musí být schopen vyrovnat se změnou, musí být reorganizován. Pokud by k tomu nedošlo, mohl by zaniknout. Panická porucha je ukázkovým případem, kdy je ve vztahu nutná reorganizace. Do vztahu přináší mnohá omezení, spojená s pacientovou snahou vyhýbat se určitým situacím. V partnerství tak může docházet k omezení životního prostoru páru a nutnosti podřídit se potřebám nemocné partnerky (Snyder, 2003).

Zvláště závažná je změna rolí partnerů, kdy nemocné partnerce příznaky panické poruchy nedovolují vykonávat určité činnosti.

Spolu s rozvojem panické poruchy dochází k omezení mnoha činností, které mají pozitivní vliv na funkčnost vztahu: společné vykonávání aktivit, účastnění se společenských akcí, oboustranná možnost pomoci, sex apod. (Snyder, 2003).

Spolu se snížením pozitivních aspektů vztahu není mnohdy zdravý partner schopen vidět pokroky nemocné. Může tak u něj docházet k rozvoji frustrace a pocitu viny. Kritika, konflikty, emoční otupělost a vzdálenost se pak dále podílejí na rozvoji negativního klimatu pro vztah, což má dále za následek dodatečné posílení úzkosti (Carlson; Sperry, 1998).

Panická porucha u jednoho z partnerů vede k tenzní atmosféře ve vztahu, která se odráží na vztahu mezi partnery. Zdravý partner tak může být z počátku partnerova onemocnění nápomocen, ale často, když pocítí, že partnerova nemoc má dopad i na jeho prožívání, dochází ke vzájemnému odcizení partnerů. Zdravý partner není mnohdy schopen uchovat si k nemocnému protějšku předešlý respekt a obdiv. I přes to, že jsou seznámeni se všemi fakty a příznaky nemocné poruchy, nedokážou zcela porozumět svému partnerovi a mohou ho začít obviňovat z nedostatku úsilí nebo

také bláznovství. Stěžují si na posedlost zaobíráním se úzkostných pocitů u nemocného partnera, na jeho nedostatečnou empatii a ochotu komunikovat o běžných věcech (Carlson; Sperry, 1998).

Na základě předešlého popisu vztahu mezi partnery by bylo na místě usuzovat, že funkčnost těchto vztahů je zásadně nižší než funkčnost vztahu zdravých jedinců. Teorie zaměřující se na tento názor se však liší svými výsledky. Na příklad Websterovy (citováno dle Arrinder et al., 1986) prvotní nekontrolované studie na toto téma ukázaly mnohé těžkosti ve vztahu mezi partnery, kde jeden trpí panickou poruchou. Torpy a Measey (citováno dle Arrinder et al., 1986) na základě hodnocení spokojenosti s partnerským soužitím zjistili, že 43 procent těchto párů pociťuje ve vztahu jistý stupeň nespokojenost. Tyto „nespokojené“ páry vykazovaly tendenci nedostatečně vnímat toho druhého, zatímco „spokojené“ páry zaměřovaly velkou pozornost na pocity toho druhého. Tato studie je bohužel limitována absencí adekvátní kontrolní skupiny.

Buglass a jeho kolegové (citováno dle Arrinder et al., 1986) vykázali odlišné výsledky při porovnání těchto párů s kontrolní skupinou, kde byly páry, u nichž se panická porucha nevyskytovala. Ve většině hlediscích, týkajících se partnerského soužití, se panické páry nelišili od těch kontrolních. Nemocné ženy však popisovaly, že pociťují menší otevřenost svých mužů směrem k nim, to však až po vzniku panické poruchy. Zdá se tak, že subjektivní negativní nazírání na partnera ze strany nemocných žen, není výsledek faktické nefunkčnosti vztahu, ale závažný projev panické poruchy.

Arrindelova a Emmelkampova (1986) studie ukazuje, že z hlediska přizpůsobení v partnerství jsou panické ženy výrazně méně vyrovnané než ženy ve spokojeném partnerství, ale naopak mnohem více vyrovnané, než ženy v nespokojeném svazku nebo ženy s jiným psychickým onemocněním. Dále pak panické ženy vykazovaly stejnou míru partnerské spokojenosti jako ženy ve spokojeném svazku. Generalizace těchto výsledků je však omezená tím, že byly zkoumány pouze panické ženy.

McLeod (citováno dle Arrinder et al., 1986) zkoumal vnímanou kvalitu vztahu, kde žádný, jeden nebo oba partneři mají panickou poruchu. Partneři panických žen nezaznamenali žádný výrazný vliv panické poruchy na jejich vztah. Pokud ale byli muži těmi, kdo měl ve vztahu panickou poruchu, jejich partnerky

mluvily o velké míře partnerské nespokojenosti. Pokud oba partneři trpěli panickou poruchou, nedocházelo ke vzrůstu partnerské nespokojenosti.

Výsledky těchto studií jsou mnohdy velmi odlišné. Mnohé z nich jsou kritizovány pro nedostatečně reprezentativní vzorek, pro zaměření se pouze na manželské páry europoidního typu, pro návodné otázky apod. Jon Carlson (citováno dle Arrinder et al., 1986) se domnívá, že v případě, že Goldstein a Chambless tvrdí, že panické ženy jsou velmi závislé a bojácné, tento předpoklad by měl být více znatelný v nesezdaném svazku než v manželství.

#### **1.3.8.3. Partnerův vliv na panickou poruchu**

Panická porucha se objevuje zejména u žen, které zaujímají v partnerství tradiční genderově podmíněnou roli. Tyto svazky jsou charakteristické silnou ambivalencí mezi partnery. Mužský protějšek je dominantní, ochoten potírat své vlastní problémy, starostlivý a silný. Nemocná žena je naopak v roli závislé osoby, nesamostatné a bázlivé (Hickey et al., 2005). Agulnik (citováno dle Whisman, 1999) na základě svých studií vyslovil domněnku, že toto nesourodé párování převládá v partnerských svazcích panických žen. Podobně pak Goodstein a Swift (citováno dle Whisman, 1999) tvrdili, že panický pacient hledá ideálního partnera ve svém partnerovi a Bergner (citováno dle Whisman, 1999) věřil, že panická žena hledá takového partnera, který bude mít vlastnosti, kterých se jí nedostává.

Z předcházejícího vyplývá, že panická porucha se častěji objevuje v interakčním kontextu, kde převládá opozitní chování partnerů.

Zvláště zajímavá je studie Liottiho a Guidanova (citováno dle Hickey et al, 2005), která ukázala, že pokud je nemocným muž, jeho žena byla také úzkostná a introvertní. Partnerky těchto mužů byly schopny být klidné a pomáhat nemocnému, ale očekávaly za to, že partner bude na oplátku přátelský a milý.

Podle několika klinických studií (Fry, Bergner, Goodstein and Swift, Hafner,...) (citováno dle Hickey et al, 2005) byli partneři nemocných žen převážně rigidní, žárliví, samostatní, neurotičtí a nejistí. Tyto výsledky však byly podrobeny kritice, podle níž panické ženy hodnotí své muže kritičtěji než je běžné u žen zdravých.

Existují důkazy, že příznaky panické poruchy se zvyšují, pokud dojde k přímým nebo druhotným změnám v důležitém vztahu. Tyto změny však nemusí být negativního rázu, mnohdy se jedná o změny, které jsou v životě nevyhnutelné, například odstěhování od rodičů, společné bydlení s partnerem, manželství, vznik důležitých vztahů mimo rodinný kruh apod. Ve větší míře jsou však podle Goldsteina a Chamblesse (citováno dle Whisman, 1999) příznaky panické poruchy spojeny se zdánlivou neschopností vyřešit vzniklou situaci, kupříkladu partnerovo rozhodnutí odejít ze vztahu. Výskyt nově vzniklých symptomů však povětšinou zabrání nespokojenému partneru udělat změnu ve vztahu nebo jej ukončit. Tak se pak mnohdy negativně posilují rozdíly mezi partnery.

#### **1.3.8.4. Vliv partnerského svazku na léčbu**

Ačkoli jsou výsledky studií na toto téma nejednoznačné, několik z nich našlo důkazy, že klientova spokojenost s partnerstvím předurčuje výsledek léčby. Chamblessovy a Steketeeho (citováno dle Arrindel et al., 1986) studie ukazují, že znatelný pokrok je vidět u všech léčených pacientů s panickou poruchou, ale ti, jež vykazovali před zahájením léčby nespokojenost ve vztahu ve spojitosti s vysokou mírou kritiky, konfliktů a negativním rodinným prostředím, prožili menší pokrok v léčbě.

Jedna malá studie zabývající se kritikou ve vztahu k panické poruše ukazuje velmi zajímavé výsledky. Při dlouhodobém pozorování výsledků léčby panické poruchy vyšlo najevo, že pacienti s více kritickými partnery vykazovali vyšší úspěšnost. Platí to však pouze za předpokladu, že kritika partnera není nepřátelská (Arrindel et al., 1986).

Craskova, Burtonova a Barlowova (citováno dle Byrne et al., 2004) studie však ukazuje, že vysoký výskyt konfliktů v partnerství, stres a také emocionální přetíženost vede k nižším výsledkům kognitivně-behaviorální terapie. Pacienti, kteří lépe reagovali na léčbu, vyjadřovali vyšší spokojenost v komunikaci s partnerem a celkovou spokojenost ve vztahu.

Na druhou stranu však existuje mnoho studií, které tyto výsledky nepotvrzují, nepovedlo se jim nalézt souvislost mezi spokojeností ve vztahu a výsledkem léčby.

Steketee a Shapiro (citováno dle Byrne et al., 2004) vyjádřili názor, že funkčnost vztahu může mít vliv převážně na dlouhodobý výsledek léčby než na okamžitý výsledek bezprostředně po skončení léčby.

#### **1.3.8.5. Vliv léčby panické poruchy na partnerský vztah**

V návaznosti na výzkum souvislosti mezi povahou vztahu a výsledkem léčby se objevily výzkumy zkoumající vliv léčby na partnerský vztah. Mendlowiczovy a Steinovy výzkumy z roku 1998 (citováno dle Byrne et al., 2004) ukazují, že léčba má pozitivní vliv na pacientovu rodinu a vztahy v ní.

Podávání farmakologické léčby nejméně po dobu 16 týdnů ukázalo výrazné změny v kvalitě života u lidí trpících středně těžkou až těžkou formou panické poruchy. Kognitivně-behaviorální léčba ukazuje stejné pozitivní výsledky na rodinné a sociální vztahy, kvalitu života, sociální a společenské aktivity. V těchto studiích byla však kvalita života u pacientů bezprostředně po léčbě stále nižší než u zdravého jedince (Byrne et al., 2004).

Barlowova (citováno dle Byrne et al., 2004) studie však ukázala, že pokud se velmi rychle zlepší příznaky panické poruchy, může paradoxně dojít ke vzrůstu nespokojenosti ze strany partnera nemocné, který není připraven na její opětovnou schopnost zařadit se zpět do normálního života. Tuto teorii dále rozvádí Hafnerův výzkum (citováno dle Byrne et al., 2004), který ukazuje, že pokrok žen v léčbě u jejich partnerů vyvolal vzrůst žárlivosti a negativních pocitů jako je úzkost a depresivní myšlenky. Tyto pocity se však objevovaly pouze u mužů, kteří vykazovali vyšší míru kritiky, nepřátelství a nepochopení vůči svým nemocným partnerkám. Zvykli si na příznaky partnerčiny nemoci jako na ženské stereotypy jednání v partnerství.

## **1.9. Závěr**

Teoretická část mé práce se zaměřuje na popis panické poruchy, její prevalenci, příčiny vzniku, příznaky, možnosti léčby. Zároveň jsem však zaměřila svoji pozornost na vztahy mezi nemocnou a jejím partnerem, dopady nemoci na obě

strany a možnost zapojení partnera do léčby. Tyto názory jsou podloženy zahraniční literaturou a výzkumy. Je z nich zřejmé, že panická porucha znamená velkou zkoušku pro partnerský vztah. Mění se role partnerů ve vztahu, jejich zájmy a povinnosti. Může dojít k omezení životního prostoru páru, u nemocné ženy pak až k dlouhodobé pracovní neschopnosti. Na pozadí těchto informací jsem považovala za důležité pokusit se popsat a analyzovat pocity partnerů ovlivněných touto nemocí. Z vlastní zkušenosti jsem věděla, že partner postižené nemá dostatek informací o tom, jak se k nemocné partnerce chovat a jak se ji pokusit pomoci. Doufám tak, že moje práce může párům pomoci uvědomit si, jak dalece panická porucha zasahuje do jejich životů a dodá jim sílu a odhodlání s nemocí bojovat.



## **2. Praktická část**

### **2.1. Úvod**

V současné době se do popředí zájmu veřejnosti dostávají úzkostné poruchy. Jeden z důvodů proč tomu tak je, je zajisté jejich zvyšující se prevalence. Příčiny nárůstu mohou být různé, předpokládá se, že na vině jsou vysoké nároky společnosti na jedince, zrychlující se životní tempo, nezdravý životní styl, změna životního prostředí a podobně (Kosová, 2005). Druhým hlavním důvodem bude nepochybně jejich silný ekonomický a sociální dopad.

Můžeme se tak dozvědět mnohé o panické poruše jako takové, tedy o její prevalenci, příčinách, léčbě a jiných faktech. Znatelně méně se však dozvíme o vlivu tohoto onemocnění na samotnou nemocnou a zvláště pak na její nejbližší. Zahraniční studie se v tomto ohledu zaměřují převážně na partnera jako na prostředek pomoci v léčbě, najdeme však i studie a literaturu, která nám přibližuje vliv panické poruchy na partnery, partnerství i léčbu. S tímto přístupem se bohužel nesetkáme v domácím prostředí. Cítila jsem tedy potřebu alespoň prostřednictvím své práce poukázat na tyto aspekty nemoci, které mají dle mého názoru rozhodující vliv na průběh a léčbu tohoto onemocnění. Chci ukázat, že tato nemoc neovlivňuje pouze pacientku, ale i její okolí, zvláště pak jejího partnera, který s ní sdílí domácnost. Cílem mé práce je tedy zmapovat pocity partnerů a situaci, do které jsou prostřednictvím nemoci vrženi, vnímání nemoci a její řešení. Pokusím se analyzovat prožívání a cítění partnerů v souvislosti se samotnou nemocí, její léčbou a dopadem na kvalitu života a vztahu.

### **2.2. Výzkumné otázky**

V rámci svého výzkumu chci nalézt odpovědi na následující výzkumné otázky:

- Jak onemocnění zpočátku vnímá partner i nemocná partnerka?
- Jakým způsobem se partner zapojuje do léčby?
- Jak partneři vnímají svůj vztah na pozadí panické poruchy?
- Jak partneři vnímají kvalitu svého života na pozadí panické poruchy?
- Jaké následky má onemocnění po jeho úspěšné léčbě na další život partnerů?

### **2.3. Výzkumná strategie a technika sběru dat**

Cílem mého výzkumu je podrobně zmapovat panickou poruchu z perspektivy nemocné a jejího protějšku. Proto jsem za metodu výzkumu zvolila kvalitativní přístup, který mi umožňuje zabývat se tímto problémem co nejpodrobněji, nejpráhledněji, a zároveň nabízí jeho komplexní pochopení. Kvalitativní přístup mi dovoluje podrobit prožitky, pocity a zkušenosti nemocných žen a jejich partnerů hlubokému zkoumání. Dalším důvodem pro výběr kvalitativního přístupu byl omezený počet respondentů.

Jako konkrétní techniku sběru dat pro získání informací od respondentů jsem zvolila polostrukturované rozhovory. Jejich použitím totiž docílím autentičtějších a rozsáhlejších odpovědí než by mi mohlo poskytnout například dotazníkové šetření. Před rozhovory s respondenty jsem si předpřipravila otázky, jejichž přesné znění a pořadí jsem mohla v závislosti na průběhu rozhovoru s daným respondentem měnit či doplnit. Mohla jsem se tak lehce přesvědčit, zda respondenti mým otázkám správně porozuměli a odpovídají opravdu na moji otázku. Docílila jsem tak toho, že jsem se dozvěděla všechno to, co jsem ke svému výzkumu potřebovala.

Použitím polostrukturovaného rozhovoru jsem minimalizovala svůj možný efekt na kvalitu rozhovoru. Protože jsem sama toto onemocnění prodělala, byla jsem ostražitá, abych svůj subjektivní pohled na něj nepromítla do výsledku rozhovorů. Reflektovala jsem způsoby, jakými bych je mohla ovlivnit (tj. moje osobní zkušenost, komunikační schopnosti, pohlaví nebo úroveň vzdělání) a domnívám se, že mi moje zkušenost naopak pomohla přiblížit se pohledu respondentů a pochopit jejich myšlenkové pochody.

Všechny rozhovory jsem provedla na začátku roku 2011. Většina z nich se odehrála v Praze, jeden ve Žďáře nad Sázavou. Rozhovory mnou byly zaznamenány na diktafon, který mi následně umožnil jejich přepis.

### **2.4. Charakteristika a význam otázek rozhovoru**

Výzkumná literatura mi umožnila vytvořit soubor tematických okruhů, z kterých jsem vycházela při tvorbě otázek rozhovoru. Jako velká výhoda se

současně ukázala moje osobní zkušenost, která mi dopomohla k přesnému formulování otázek a k odhadu jakým způsobem budou respondenti reagovat.

Otázky se zaměřují na deskripci pocitů a zkušeností nemocných žen a jejich partnerů. Otevřené otázky slibují neomezený, podrobný popis těchto zkušeností a pocitů, uzavřené zase umožňují konkretizovat charakter odpovědi respondenta. Z hlediska lepší analýzy dat jsem pro oba partnery zvolila stejné otázky.

***Otázka č. 1: Jaké pocity u Vás převládaly ve spojitosti se zjištěním Vaší diagnózy / diagnózy Vaší partnerky?***

Otevřený charakter otázky, který má respondenty donutit k zamyšlení se nad prvotními pocity spojenými s touto nemocí. Zajímalo mne, zda byly spíše negativního, neutrálního či dokonce pozitivního rázu.

***Otázka č. 2: Účastnil jste se nějakým způsobem léčby Vaší partnerky? / Jak probíhala Vaše léčba?***

Uzavřená otázka explorující zda se partner podílí nebo podílel na léčbě své partnerky a jaká tato léčba byla. Žádala jsem o popis jednání, které v souladu s pomocí při léčbě musel vynakládat

***Otázka č. 3: Co byste mi pověděl/a o Vašem vztahu po vypuknutí nemoci?***

Otevřená otázka navádějící k zamyšlení se nad společným vztahem po vypuknutí panické poruchy.

***Otázka č. 4: Došlo ve Vašem vztahu ke změnám? Případně k jakým?***

Pokud zde respondent odpověděl záporně, chtěla jsem se zde dozvědět jeho názor na to, z jakého důvodu ke změně nedošlo. Na základě teoretické části i mé vlastní zkušenosti jsem však předpokládala, že k určitým změnám došlo. Nechtěla jsem, aby respondent svoji odpověď změnil, spíše jsem chtěla poukázat na okolnosti, které mu mohli uniknout.

***Otázka č. 5: Jak byste popsala kvalitu Vašeho života po vypuknutí nemoci?***

Otevřená otázka sloužící k exploraci vnímaných změn na kvalitě života páru.

***Otázka č. 6: Došlo k důležitým změnám ve Vašem životě po vzniku onemocnění?  
Případně k jakým?***

Pokud zde respondent odpověděl záporně, chtěla jsem se zde dozvědět jeho názor na to, z jakého důvodu ke změně nedošlo.

***Otázka č. 7: Jako roli hraje prodělání této nemoci ve Vašem dalším životě?***

Otázka sloužící k exploraci vlivů a zkušeností, které vznikly jako reakce na panickou poruchu, a doprovází respondenta jeho dalším životem.

## **2.5. Výběr a popis vzorku**

Cílová skupina tohoto výzkumu byly panické ženy a jejich partneři, proto jsem při výběru vzorku použila metodu účelového vzorkování, které se používá pro výběr případů, který je definován účelem studie. Zde se ukázala další z výhod mé prodělané nemoci. Jelikož jsem sama v době své nemoci často diskutovala o mnohých jejích projevech, seznámila jsem se tak s několika desítkami žen s panickou poruchou. Ty jsem prostřednictvím diskusního fóra nebo e-mailu informovala o mé studii. Ne všechny ženy však byly ochotné do výzkumu vstoupit, mnohé další pak neměly v současnosti partnera žijícího ve stejné domácnosti nebo nebydlely v České republice.

Z celkového počtu 43 oslovených žen se rozhodlo se mnou spolupracovat 8 žen s partnery. V mé práci není rozhodující vzdělání nebo status respondentů, jelikož teoretický výzkum okázal, že pro panickou poruchu, nejsou tato hlediska určující. Všechny ženy musely mít diagnostikovanou panickou poruchu s agorafobií nebo bez ní a prodělat svoji první léčbu, od jejíhož konce neuplynulo více jak 12 měsíců. Pro hledisko nutnosti prodělané léčby jsem byla nucena se rozhodnout kvůli tomu, aby páry mohly zhodnotit vliv úspěšné léčby na jejich vztah. Výzkumu se dále účastnily jak páry bezdětné, tak páry s dětmi. Počet dětí jsem považovala za důležitý s vědomím, že výsledky rozhovorů se mohou v závislosti na něm lišit.

Následující tabulka obsahuje přehled panickou poruchou trpících žen a jejich partnerů, jejich jméno, věk, stav, délku vztahu a počet dětí.

**Tabulka č. 1 – Popis výzkumného vzorku**

	<b>Jména</b>	<b>Věk</b>	<b>Délka vztahu</b>	<b>Počet dětí</b>	<b>Stav</b>
<b>Pár 1</b>	Alena, Adam	28 36	6	0	Svobodní
<b>Pár 2</b>	Barbora, Bedřich	33 34	3	2	Manželé
<b>Pár 3</b>	Cecilie, Ctirad	24 26	1,5	0	Svobodní
<b>Pár 4</b>	Darina, Daniel	30 29	9	0	Manželé
<b>Pár 5</b>	Eva, Emil	42 63	8	3	Manželé
<b>Pár 6</b>	Ivana, Igor	21 23	5	0	Svobodní
<b>Pár 7</b>	Lenka, Lukáš	36 36	4	1	Svobodní
<b>Pár 8</b>	Jaroslava, Jan	28 42	2,5	1	Svobodní

## **2.6. Etika výzkumu a vedení rozhovorů**

Respondentky jsem oslovila elektronicky na základě naší předchozí konverzace v rámci diskusního fóra o panické poruše. Již při kontaktu jsem je informovala o obsahu a cíli mé bakalářské práce. Bylo tak zřejmé, že je třeba, aby i jejich partneři byli ochotni se výzkumu zúčastnit. Toto kritérium se ukázalo být poněkud problematické. Mnou oslovené panické ženy nepochybovaly o důležitosti názorů a prožitků jejich partnerů, ti ale z počátku vyjadřovali obavy, že o panické poruše

nemají co říci. Několik z nich se ale nakonec reagovalo kladně na přímou prosbu své partnerky.

Nemocné ženy na záměr mé práce obecně reagovaly velmi kladně. Mnoho z nich se vyjádřilo o důležitosti informovat veřejnost obecně o panické poruše a partnerský pohled jim připadal velmi zajímavý a přínosný pro mnohé další páry, kde jeden z nich trpí panickou poruchou. Počet oslovených panických žen byl 43, z toho pouze 8 žen s partnery splňovalo současně všechny kritéria pro vstup do mého výzkumu a zároveň bylo ochotno se ho zúčastnit.

V úvodu každého z rozhovorů jsem znovu respondentu seznámila s tématem mé bakalářské práce a průběhem rozhovoru. Dále jsem respondenty informovala o mé vlastní zkušenosti s panickou poruchou. Myslím, že se mi tak podařilo vytvořit příjemnou, otevřenou a uvolněnou atmosféru mezi mnou a respondentem. Následně jsem respondentu informovala o struktuře otázek a požadovaném charakteru jejich odpovědí. Pokud se však odklonili od tématu, nechala jsem je hovořit, nepřerušovala jsem je, jen jsem je posléze dobře míněnou doplňující otázkou nasměrovala požadovaným směrem.

Ke všem respondentům jsem před samotným rozhovorem i během něj přistupovala velmi citlivě. Panické ženy mne znaly již z diskuzí a bylo pro nás vzájemně velmi příjemné poznat se osobně. Díky tomu, že si byly vědomé mé nemoci, věděly, že jim dokážu porozumět a vžít se do jejich pocitů. Jejich partneři většinou vyjádřili v průběhu rozhovoru nadšení z toho, že si mohou o panické poruše promluvit s někým jiným než je jejich partnerka.

Místa rozhovorů byla dvojího typu, vždy založená na potřebách a přáních respondentu. Velmi zajímavé bylo, že všechny panické ženy s výjimkou jedné požadovaly, aby se rozhovor odehrál v jejich domácnosti. Jako důvod uváděly vyšší míru pohodlí a pocitu bezpečí, což je v souvislosti s panickou poruchou běžné. Muži upřednostňovali setkání mimo domov, všechny rozhovory s nimi proběhly v restauracích v blízkosti jejich bydliště.

Všechny respondenty jsem požádala o svolení k pořízení zvukového záznamu rozhovorů a ujistila jsem je, že nebude použit k jiným účelům než k mé vlastní transkripci. Ačkoli to respondenti nepovažovali za nutné, jejich jména jsem změnila. Zároveň jsem respondentům během rozhovoru nabídla, zda budou chtít předložit transkripci jejich rozhovoru ke schválení, ani jeden však této možnosti nevyužil.

## **2.7. Zpracování a interpretace získaných dat**

Provedené nahrané rozhovory bylo třeba dále zpracovat pomocí transkripce. Ke své potřebě jsem využila selektivní přepis rozhovorů, který mi umožnil oprostit text od přebytečných výrazů, opakujících se slovních spojení či nedokončených vět. Za přednější jsem považovala popis obsahu odpovědi než jeho přesné znění.

Transkripci jsem dále podrobila obsahové analýze. Ta mi umožnila data utřídit. Data jsem rozčlenila do několika oblastí odpovídajících výzkumným otázkám, s kterými pak dále korespondují jednotlivé následující podkapitoly.

### **2.7.1. Prvotní pohled na panickou poruchu**

V teoretické části mé práce jsem uvedla, že diagnostika panické poruchy bývá velmi často obtížná a může trvat roky. Toto dlouhodobé čekání na „konečnou“ diagnózu se ukázalo jako výrazný faktor při tvorbě prvotních představ a názorů spojených s panickou poruchou, jak u partnerů, tak u jejich panických žen.

#### **2.7.1.1. Pohled mužů**

Panická porucha byla pro všechny muže před onemocněním jejich partnerky onemocněním zcela neznámým. Pouze Daniel vyjádřil zpětnou reflexi spojenou s panickou poruchou „*Jednou jsem v jednom americkém dokumentu na Spektu viděl nějaký pár lidí, který oba měly asi tu panickou poruchu. Nevycházeli nikam ven a jídlo si museli nechat dovážet nějakou speciální službou. Mluvili pořád o záchvatech strachu a úzkosti. V té době jsem tomu nevěnoval pozornost, až pak mi došlo, že to bylo asi to stejný, co má Darina.*“ Z toho můžeme usuzovat, že teoretická informovanost mužů byla vzhledem k tomuto onemocnění nulová.

Jakmile se u partnerky začaly vykytovat první příznaky panické poruchy, všichni partneři je považovali za následek somatického onemocnění, možnost psychického onemocnění si nepřipouštěli. Většina z nich absolvovala s partnerkou několik typů vyšetření, mezi kterými se nejčastěji vyskytovala magnetická rezonance, rentgeny,

neurologická vyšetření, rozborů krve a moči. Všichni pociťovali velký strach o partnerčino zdraví, zvýšili pozornost vůči ní a pobývali častěji v její přítomnosti. Lukášovo vyjádření vyjadřuje společní pocity všech partnerů. *„První Lenčin záchvat mě velmi vyděsil, Lenka mi zavolala do práce, že je jí strašně zle a že nemůže dýchat. Hned jsem jí zavolał sanitku. V nemocnici ji ale nic nezjistili, jen řekli, že to nebylo nic vážného a předepsali jí nějaký rozpustný hořčák. Tak mě to uklidnilo, ale za nějakou dobu se to zas opakovalo. Znovu nemocnice, znovu nic. Tak jsme pak oběhali různá vyšetření a nikde nic zásadního nenašli. Myslel jsem si, že si snad děláš srandu. U několika záchvatů jsem byl a vypadala fakt strašně, takže jsem věděl, že si to určitě nevymýšlí.*

Z rozhovorů vyplynulo, že se jednalo o půl roku až rok než byla partnerkám panická porucha diagnostikována. 3 muži vypověděli, že v souvislosti s dlouhodobým pátráním po příčině problému začali krátce před diagnózou zvažovat možnost psychického onemocnění. Všichni 3 však posléze uvedli, že je na tuto možnost přivedla sama partnerka. Daniel se k tomuto tématu vyjádřil následovně: *„Jak pořád Darině nemohli nic zjistit, začali jsme hledat na internetu, co by to mohlo být. Nejdřív jsme si mysleli, že borelióza, pak chlamydie, no a pak nám to vyjelo tu panickou poruchu. Docela to sedělo, ale dokud nám to neřekl doktor, nevěřili jsme tomu.“*

V reakcích na diagnózu tohoto onemocnění se mísily dva druhy emocí. Na jedné straně to byly pozitivní emoce vyvolané především úlevou nad tím, že partnerka netrpí žádným vážným onemocněním. Na druhé straně se všichni muži vyjádřili být částečně znepokojení danou situací. A to především protože o onemocnění neměli dostatek informací a nevěděli, co mají čekat. Mezi negativními emocemi se tak objevovalo převážně znepokojení, strach o partnerčinu budoucnost ale také obavy ze stigmatizace partnerky. Jan uvedl: *„Když mi partnerka řekla, že má panickou poruchu, nejenom, že jsem nevěděl co to je, myslel jsem si, že si ze mě děláš srandu. Ona nikdy žádný psychický problém neměla. No pak nám to doktor vysvětlil, o co vlastně jde a tak jsem si říkal, že se vlastně nic neděje. Říkal nám, že to je léčitelný a že partnerka bude brzo v pořádku. Docela se mi ulevilo, že jí není nic tak vážného. Dokonce jsme si z toho pak dělali srandu. Pak jsem se ale začal bát, co když mi ji odvezou někam do Bohnic, co bych řekl rodičům nebo tchýni. Tak jsem měl strach o ni, ona v tu dobu byla jak hromádka neštěstí, nikam nechodila, brečela a zhubla snad 10 kilo.“*



### 2.7.1.2. Pohled žen

5 žen odpovědělo, že o panické poruše před jejím vypuknutím u nich samotných nevědělo nic. 2 ze 3 zbylých žen vyjádřily, že se s panickou poruchou setkaly v rámci učiva na vysoké škole. 1 se s tímto onemocněním setkala u své kamarádky. Tyto 3 ženy však i přesto jako ostatní zkoumané ženy zpočátku věřily, že za jejich příznaky stojí jiné somatické onemocnění. Všechny ze zkoumaných žen byly z příznaků panické poruchy velmi vystrašené. Reagovaly na ně zvýšeným stresem a často také neschopností spát a jíst.

Eva uvedla: „*První ataku jsem zažila v metru, stála jsem tam u dveří a najednou z ničeho nic mi začalo být strašně zle, myslela jsem si, že to se mnou sekne. Než jsme zastavili na další stanici, byla jsem neuvěřitelně zpocená a vyklepaná, hned jsem si zavolala sanitku. Byla jsem si jistá, že to byl infarkt. Ale už než jsme dojezili do nemocnice, udělalo se mi dobře. Takže mi v nemocnici nic nezjistili a poslali mě domů normálně po svých. No a pak se tyhle kolapsové stavy začaly opakovat, najednou mi bylo furt zle, motala se mi hlava, byla jsem úplně na dně s nervama. Pořád jsem si ale nepřipouštěla, že by to fakt mohlo být od psychiky, ale jako uvažovala jsem o tom, to zas jo.*“

3 zmíněné ženy však již před konečnou diagnostikou nemoci věděly, že se u nich pravděpodobně jedná o panickou poruchu. Protože nemoc znaly z minulosti, mohly se o tyto základy opřít a dohledat si o ní více informací. Dvě z nich se dokonce pokoušely hned po negativním neurologickém vyšetření o doporučení k psychologovi. Paradoxně jim jejich lékař nemohl vyhovět, protože před odesláním pacienta k psychologovi je nutné vyloučit všechny možné somatické příčiny.

Když ženy popisovaly pocity, které se pojily a vyslechnutím jejich diagnózy, ani jedna nezmínila pozitivní pocity. U žen tak nedocházelo k úlevě nad nepřítomností vážné somatické choroby, kterou z počátku předpokládaly. Ženy se omezily na výčet negativních prožitků a emocí, který byl velmi podobný emocím jejich partnerů. Opakovaně se objevoval strach z budoucnosti, zbláznění se, neschopnosti se o sebe postarat, postarat se o rodinu a děti, obavy ze ztráty partnera, společenského života a práce.

Všechny ženy bez výjimky u sebe hledaly příčinu panické poruchy. Polovina žen uvedla, že před jejím vypuknutím prožily stresující událost, která by mohla být její příčinou. Druhá polovina si nebyla žádného takového stresoru vědoma.

Darina řekla: „*Studovala jsem vysokou školu, chodila jsem do práce na plný úvazek a do toho jsem se snažila dělat něco se svojí váhou. Takže jsem byla permanentně ve stresu, do toho moc nejedla a hodně cvičila. Spala jsem tak 5 hodin denně, no možná ani to ne. Tohle jsem praktikovala asi rok a půl. Samo o sobě to bylo asi dost, abych onemocněla, ale já do toho ještě začala mít problémy v práci. Že tohle tempo není normální a nemůžu se pak divit, že se u mě vyvine nějaký problém, jsem se dozvěděla až v průběhu mé léčby.*“

### 2.7.2. Partnerova participace na léčbě

V této kapitole jsem se zaměřila na to, jakým způsobem partner se partner zapojuje do léčby a jak svoji partnerku při ní podporuje. Abych však mohla partnerovu participaci objektivně zhodnotit, porovnávala jsem jejich tvrzení s pohledem nemocné a typem její léčby. V následující tabulce jsem se pokusila zpřehlednit výsledky mé analýzy.

**Tabulka č. 2 – Přehled partnerovy participace na léčbě**

	Jména	Typ léčby	Pohled muže	Pohled nemocné
<b>Pár 1</b>	Alena, Adam	Farmakologická	Partnerka pomoci nepotřebovala, zvládala to sama	Nedostatek vcítění a opory, neschopnost pochopit její nemoc a podpořit jí, výčitky a hrozby z partnerovy strany
<b>Pár 2</b>	Barbora, Bedřich	Farmakologická	Uklidňoval ji, vyvracel jí její strachy, převzal péči o děti	Partner pomohl zmírnit její obavy z následků nemoci pro rodinu

<b>Pár 3</b>	Cecilie, Ctirad	Kombinovaná	Pomáhal s prvotními expozicemi obávaným situacím, pomáhal v domácnosti, ale nepřebíral na sebe její povinnosti	Nejdříve pociťovala nedostatečnou oporu, s odstupem času je ráda, že jí neodpustil její povinnosti a řídil se dle rad lékaře
<b>Pár 4</b>	Darina, Daniel	Kombinovaná	Snažil se do partnerky vžít a pomalu ji pomoci vrátit se do „normálního“ života, obzvlášť ve společenské rovině	Zaměstnal jí, aby tak nemohla o nemoci přemýšlet, omezil své koníčky, vymlouval jí však farmakologickou část léčby
<b>Pár 5</b>	Eva, Emil	Psychoterapie	Pomáhal při expozicích a relapsech, přestal ji však zastupovat v jejích povinnostech a dopravovat ji do práce	Hodnotí manželovu pomoc jako vynikající, byl instruován lékařem, docházel k němu na konzultace stejně jako ona
<b>Pár 6</b>	Ivana, Igor	Farmakologická	Neměl pocit, že partnerce může pomoci, podporoval ji nepřímou starostí o domácnost	Partner nejevil zájem o její léčbu, nesnažil se jí pochopit a pomoci
<b>Pár 7</b>	Lenka, Lukáš	Psychoterapie	Pomoc s expozicemi, eliminovat vznik druhotného stresu	Partnera považuje za klíčovou osobu ve své úspěšné léčbě
<b>Pár 8</b>	Jaroslava, Jan	Psychoterapie	Pomáhal partnerce s eliminací vyhýbavého chování, do ničeho ji však nenutil, snažil se ji pochopit	Partnera považuje za klíčovou osobu ve své úspěšné léčbě

Muži, jejichž partnerka se léčila psychoterapeutickou nebo kombinovanou cestou, vykazovali významně vyšší participaci na léčbě, jejímu porozumění a její úspěšnosti. Věděli tak by se k partnerce měli chovat, jak přistupovat k jejím příznakům nemoci a jak je společně překonávat.

Muži, jejichž partnerka se partnerka se podrobila pouze farmakologické léčbě, neměli dostatek informací o nemoci a její léčbě a nemohli tak zhodnotit potřebnost jejich pomoci. I samotné partnerky léčené touto cestou neměly mnohdy zřejmou představu o tom, jak by partner mohl pomoci. Ani jedna z nich nepřišla do kontaktu s psychologem nebo psychoterapeutem.

Můžeme si ale všimnout několika bodů, v kterých partner farmakologicky léčené ženy vykazuje participaci a podporu. Tyto výjimky se pravděpodobně odvíjí od charakterových rysů partnerů a jejich vzájemného vztahu.

### **2.7.3. Vliv panické poruchy na partnerství**

Všechny ženy i muži, kteří se zúčastnili mého výzkumu, odpověděli shodně na otázku, zda panická porucha ovlivnila jejich partnerství. Ve všech případech jejich odpověď zněla ano. Měnil se však charakter změn, které po vypuknutí panické poruchy, partneři vnímali. Klasifikovala jsem nejčastěji vnímané změny a rozdělila je podle pozitivního nebo negativního náhledu na ně.

Ženy obecně velmi často sdělovaly jejich obavy ze ztráty partnera. Obávaly se, že ho příznaky své panické poruchy natolik znepokojí a omezí, že partner bude cítit potřebu ze vztahu uniknout. Své jednání považovaly za krajně omezující a nevhodné pro rovnocenný partnerský vztah. Jaroslava řekla: „*I když mi partner hrozně moc pomáhal, furt jsem se bála, kdy už ho to přestane bavit. Kdy přijde domů a řekne mi, že si našel samostatnou, normální ženskou, která nebude věčně ubřečená a neschopná vyjít z domu. Na druhou stranu jsem se ale nedokázala chovat jinak. Chtěla jsem, aby byl pořád se mnou, bála jsem se, že až odejde, přijde na mě zas ten můj hnusnej stav a doma nebude nikdo, kdo by mi pomohl. Na druhou stranu jsem věděla, že musí jít taky někdy ven, aby si ode mě odpočinul, nebo mě fakt už opustí.*“ Bezdětné ženy pociťovaly úzkost při představě stát se matkami, ženy s dětmi pak pociťovaly obavy z neschopnosti se o ně v souladu s možnými zhoršujícími se

příznaky postarat. Tuto skutečnost velmi příhodně demonstuje Cecilinino vyjádření: *„Vůbec jsem si nedovedla představit, že bych mohla mít dítě. Když si vezmu, jak jsem se cítila, když mě to popadlo venku, musela jsem rychle utýct někde do „bezpečí“, a že bych u toho měla třeba v kočárku dítě jsem si vůbec nedovedla představit. A copak jak by bylo starší? Jak bych mu asi vysvětlovala, že teď mi je zase blbě a musíme rychle pryč třeba z kina? Obdivuju ty ženský, co mají děti, jak to s nima zvládají, já si to zatím moc nedovedu představit.“*

Muži si také uvědomovali, že partnerčino onemocnění jim přináší jistá omezení, ale nepovažovali tuto skutečnost za dostatečný důvod ze vztahu odejít. 5 mužů dokonce vyjádřilo jisté „potěšení“ nad tím, že dříve samostatná partnerka je nyní potřebuje, že si doslova říká o více společně stráveného času. Omezení vztahující se k mužskému protějšku se tak nezdá být pro muže velkou překážkou, která by mohla vést k rozpadu vztahu. Od počátku problému jsou připraveni se se situací vypořádat a počítají s tím, že problém odezní a obnoví se stav před nemocí. Negativně však vnímají, že přes své problémy není partnerka schopna vidět nic jiného. Nemohou tak počítat s její podporou. Vyjadřovali potěšení nad vyšším množstvím společně stráveného času, ale mrzelo je, že partnerka chtěla být v tuto dobu pouze doma nebo na podobném bezpečném místě. Danielova výpověď nám přiblíží další negativní aspekt panické poruchy očima muže: *„Bylo pár věcí, které mě vadily, ale ani jedna z nich nebyla nijak hrozná. To, že Darina chtěla, abych byl s ní, jsem chápal. Kdo by taky chtěl být v tom stavu sám. Věděl jsem, že jak tahle nemoc přišla, tak taky jednou odejde, ale jedna věc mě tehdy hodně trápila. Darina z nějakého důvodu se mnou nechtěla mít sex. Bála jsem se, že už jsem se jí zprotivil, byl jsem z toho věčně nervózní. Jedinou výhodou to mělo, že jsem věděl, že určitě nikoho nemá. To bych jí k němu musel nejdřív dovést, sama by tam přeci nedošla. Až později mi partnerka vysvětlila, že to byla součást jejích příznaků.“*

**Tabulka č. 3 – Přehled zaznamenaných vlivů na vztah**

<b>Dopad</b>	<b>Žena</b>	<b>Muž</b>
<b>Pozitivní</b>	Větší zájem ze strany partnera Více společně stráveného času	Pocit potřebnosti Více společně stráveného času partnerka tráví více času doma
<b>Negativní</b>	Závislost na partnerovi Vyžadování jeho neustálé přítomnosti Bránění mu v jeho koníčkách Strach z možného rozchodu / rozvodu Potřeba ubezpečování o partnerově lásce Obavy z mateřství / strach z neschopnosti se o děti dále starat	Nedostatek empatie ze strany partnerky Partnerka věnuje pozornost pouze sobě, není schopna se zaměřit na jiné problémy Partnerka nechce chodit do společnosti Partnerka nechce být sama doma Partnerčina nechut' k sexu

#### **2.7.4. Vliv panické poruchy na kvalitu života<sup>4</sup>**

Panické ženy a jejich partneři se vyjadřovali k následujícím doménám kvality života: zdraví, volný čas, práce, rodina a duševní pohoda. Šlo mi o zachycení vlivů, které na ně panická porucha samotná nebo prostřednictvím partnerky měla. Nemocné ženy vykazovaly zřetelně vyšší dopad na kvalitu života ve všech oblastech zvláště pak v oblasti zdraví, práce a osobního rozvoje a duševní pohody. U jejich partnerů se však také objevovalo mnoho významných vlivů. V následujícím přehledu

<sup>4</sup> Bylo třeba tento termín pro jeho multidimenzionalitu a komplexnost blíže definovat, pro účely své práce jsem využila zjednodušeného modelu podle Modelu kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto, vzniklo tak 5 základních domén, na které jsem upírala svoji pozornost.

jsem zaznamenala nejčastější pociťované vlivy panické poruchy na 5 zvolených dimenzí života očima mužů a jejich nemocných partnerek.

**Tabulka č. 4 – Přehled zaznamenaných vlivů na kvalitu života**

	<b>Ženy</b>	<b>Muži</b>
<b>Zdraví</b>	Výskyt druhotných zdravotních problémů majících pravděpodobně příčinu v dlouhodobém stresu Častější výskyt onemocnění Pochybnosti o správnosti diagnózy Podstoupení mnoha vyšetření	Beze změn
<b>Volný čas a osobní rozvoj</b>	Mnoho volného času, neschopnost jej smysluplně využít Nevole věnovat se nadále svým koníčkům nebo hledat nové	Méně volného času Orientace na partnerku a její potřeby
<b>Práce a osobní rozvoj</b>	Častá pracovní neschopnost Nutnost odejít z práce a s tím spojená ztráta finanční stability	Beze změn

<b>Rodina a sociální život</b>	Vyhýbání se kontaktu s přáteli a blízkým okolím vedoucí nadále k pocitu izolace a nenaplnění Neochota řešit běžné problémy	Vyšší participace na chodu domácnosti a výchově dětí
<b>Duševní pohoda</b>	Narušená duševní pohoda díky nemoci Přítomnost obav o rodinu, budoucnost, práci, partnerství, zdraví	Obavy o partnerku

#### 2.7.5. Následky úspěšně léčeného onemocnění na další život partnerů

Jelikož jsem vycházela z vědomí, že léčba se u párů lišila z hlediska použitého přístupu, rozdělila jsem v přehledové tabulce páry dle typu léčby nemocné a charakteru jejich výpovědi. Z přehledu vyplynulo, že páry, v nichž se partnerka podrobila terapeutické nebo kombinované léčbě, zaznamenaly více pozitivních vlivů úspěšné léčby na jejich vztah a kvalitu života. Při kombinované léčbě se u jednoho páru objevily obavy z partnerčiny remise, u psychoterapeutické léčby tuto obavu nevyjádřil ani jeden člen 3 párů. Naopak tomu bylo při farmakologické léčbě, kde se tato obava u partnerů opakovaně objevovala. Stejně tak ženy léčené touto metodou nadále zaznamenávaly jisté přetrvávající příznaky panické poruchy.

Alena (pár 1) se například vyjádřila: „*Co začaly účinkovat antidepresiva, začala jsem si cítit zase líp, ale nebylo to pořád ono. Stále jsem tak nějak doufala, že se to všechno vrátí do stavu, v jakém jsem byla před nemocí, ale není to tak doted' a to ty prášky už nějakou dobu neberu. Je to sice o hodně moc lepší, ale pořád mi je někdy divně, mám návaly horka a tak. Bojím se, že se mi to vrátí, ale utěšuju se tím, že bych zas začala brát prášky a věděla bych už co a jak.*“ Její partner řekl: „*Jsem rád, že už je jí dobře. Jen mi vadí, že ještě od té doby nenašla práci. Vím, že to je teď těžké, co se práce týče, ale další plat by se více než hodil. Rozumím tomu, že předtím nebyla ve stavu, kdy by do práce mohla chodit, tak musela dát výpověď, ale teď se jí snažím*



*přemlouvát, aby se zúčastnila výběrových řízení, co se odehrávají u nás na firmě a ona to odmítá.“*

Jarka (pár 8), která se podrobila psychoterapeutické léčbě, se vyjádřila následovně: *„Terapie mi pomohla nejenom k postupnému odstranění obtíží, ale pomohla mi vidět i mnoho jiných důležitých věcí, které nebyly v mém životě zcela v pořádku. Uvědomila jsem si tak, že je mnoho oblastí, na kterých bych mohla zapracovat a dát tak svému životu jiný směr.“*

Její partner Jan řekl: *„Na Jarce jde krásně vidět, jak jí nemoc posunula dál. Nikdy nebyla tak spokojená sama se sebou, jak je nyní. Já sám od ní teď čerpám energii. Jediné, co mě trochu trápí, je možnost dědičnosti, o které se pak doktor zmínil. Bojím se, aby i naše dcera, pokud jí to někdy postihne, měla kolem sebe dostatek dobrých lidí a pochopení, které je třeba k překonání tohoto trápení.“*

Darina (pár 4), která prodělala kombinovanou léčbu, tedy kombinaci terapie a antidepresiv řekla: *„Tak nějak jsem pochopila, že každý den může být všechno jinak. To, že jsem zas po léčbě mohla fungovat, jsem tak nějak brala jako druhou šanci na život. Uvědomila jsem si, že přes všechno, co mi kdy na partnerovi nesedělo, je to ten nejlepší chlap pro mě. Nevím jestli by všichni chlapi dokázali překonat takovouhle situaci a stát při mně jako on. Je prostě pravda jak se říká, že co vás nezabije, tak vás posílí.“*

Daniel však vyjadřoval jisté obavy: *„Vím, že partnerce doktor říkal, že antidepresiva nejsou návykové, že to je jen nějaký prostředek jak vrátit rovnováhu v mozku do pohody, ale mám z toho furt takovej špatnej pocit. To přece není zdravý to takhle brát. To tomu tělu nemůže dělat dobře. Navíc jsem si přečetl jaký to má všechny možný nežádoucí účinky, to mě ještě víc zarazilo. Jsem Darině říkal, abychom se pak nedivili, že z toho jednou bude mít nějaký vážný problémy v budoucnu.“*

U párů, které prodělaly kombinovanou léčbu, si můžeme povšimnout shodného vyjádření o vzniku hlubšího vztahu mezi partnery na základě společně prodělané a úspěšně léčené nemoci. U páru 3 tento fakt vedl k uvědomění si potřebnosti společného řešení problémů a snaze se na partnerovi problémy orientovat.

Páry, které prodělaly terapeutickou léčbu, se vyznačují značnou pozitivní náladou a pohledem do budoucna. Vědomí společného překonání problému jim zaručilo dostatečnou základnu pro osobní rozvoj a rozvoj partnerského vztahu. Pár 8

dokonce zmínil přehodnocení životních priorit. Nemoc jim pomohla si uvědomit, že zdraví nejdůležitější podmínkou pro spokojený život.

Páry, v nichž partnerka prodělala farmakologickou léčbu, vykazovaly mnoho obav a negativních důsledků nemoci na jejich další život. Pozitivní důsledky nemoci byly zahnány do pozadí a zmiňovány zejména jen ve spojitosti s partnerčinou schopností se znovu zapojit do „normálního“ života. Farmakologickou léčbu tak dle těchto výsledků můžeme považovat za nedostačující, co se týče obav partnerů a odstranění negativních dopadů na následný společný život páru.

**Tabulka č. 5 – Přehled zaznamenaných vlivů nemoci na další život partnerů**

Typ léčby	Pár	Pozitivní vliv	Negativní vliv
<b>Kombinovaná</b>	Pár 3	Utuzení partnerství Vyšší míra porozumění Orientace na problémy druhého Snaha o řešení dalších partnerských problémů	Oboustranné obavy z remise
	Pár 4	Orientace na problémy, chuť a snaha je řešit Vědomí vzájemné opory Chuť užívat si okamžiku	Mužovy obavy z vedlejších účinků antidepresiv
<b>Terapeutická</b>	Pár 5	Chuť se dále rozvíjet a vzdělávat Upevnění vztahu Pozitivní náhled na svět a problémy	Nejsou zaznamenány ani jedním z partnerů

	Pár 7	Poznání sebe samé ze strany partnerky  Odstranění negativních představ o psychicky nemocných	Stigmatizace okolím
	Pár 8	Stanovení nových životních cílů  Přehodnocení životních priorit  Vyšší sebevědomí partnerky	Obavy z dědičnosti panické poruchy
<b>Farmakologická</b>	Pár 1	Odeznění prožívaných příznaků nemoci  Opětovné zapojení se do chodu domácnosti z partnerčiny strany	Oboustranné obavy z remise  Přetrvávající partnerčino vyhýbání se určitým situacím a činnostem  Vedlejší účinky antidepresiv – nechutenství, zažívací problémy, nevolnost  Stávající partnerčina nezaměstnanost
	Pár 2	Upevnění partnerského vztahu	Vedlejší účinky antidepresiv  Přetrvávající obtíže  Obavy z remise  Menší sebevědomí partnerky

	Pár 6	Znovuobjevená přítomnost společenského života Odeznění příznaků nemoci	Obavy z remise ze strany partnerky Přetrvávající partnerčino vyhýbání se určitým situacím a činnostem
--	----------	--	---

### 2.8.1. Diskuze

V mé práci jsem chtěla především popsat pohled na panickou poruchu očima panické ženy a jejího partnera. Umožnila jsem respondentům vyjádřit jejich emoce, zkušenosti a názory na dílčí aspekty panické poruchy.

Má práce vedla nejenom k zodpovězení mých předem určených výzkumných otázek, ale dospěla jsem v rámci rozhovorů k dalším zajímavým zjištěním. Polostrukturované rozhovory se ukázaly být velmi vhodným přístupem k získávání dat. Mohla jsem se tak dozvědět mnohé informace nejenom z obsahu výpovědí respondentů, ale stejně tak ze způsobu jakým je prezentovali. V mnohých citovaných projevech respondentů v této práci lze zřetelně vidět, jakým způsobem probíhalo jejich smýšlení o nemoci.

Diagnóza nemoci znamenala pro nemocné ženy a jejich partnery v zásadě rozdílné prožitky. Mužské protějšky v souvislosti s diagnózou pociťovaly jak pozitivní emoce tak negativní. Popisovali úlevu nad konečnou diagnózou, ale zároveň vyjadřovali obavy nad neznámými kolem nemoci. U nemocných žen byly přítomny pouze negativní emoce, jako je strach z budoucnosti, zbláznění se a obavy o děti nebo partnera. Pro muže tak byla na rozdíl od žen velmi důležitá absence vážného somatického onemocnění, ženy tomuto faktu nevěnovaly pozornost a soustředily se na negativní pocity spojené s přijutím panické poruchy.

Pouze polovina panických žen zaznamenala konkrétní stresor, který by mohl vést k rozvoji panické poruchy. Za stresor však nebyl nikdy označen partner nebo disfunkční partnerství. Výsledky mého výzkumu tak nemohou přímo potvrdit teorii Goldsteina a Chamblesse, v které tvrdí, že panická porucha vzniká jako následek neschopnosti vyřešit zdánlivě neřešitelnou situaci v důležitém vztahu.

Z rozhovorů vyplývá, že 6 z 8 mužských protějšků se podílelo na léčbě své partnerky, zbylí 2 muži se na léčbě podíleli buď nepřímo, nebo vůbec. Zajímavé je, že tito muži jsou partnery žen, které byly léčeny pouze farmakologickou cestou. Můžeme tak usuzovat, že pouze farmakologická léčba nenabízí dostatečnou základnu pro participaci partnera na léčbě.

Mé výsledky ukazují ve shodě s Buglassem a jeho kolegy, Goldsteinem, Chamblessem a McLeod, že u párů nedochází ke zřetelným a závažným dopadům na kvalitu partnerského vztahu nemocného a jeho partnera. Dopady, které nemoc na partnerství měla, nebyly ani jednou stranou vnímány natolik závažně, aby v důsledku

nich docházelo k výskytu větších konfliktů. Muži i ženy shodně oceňovali rostoucí množství společně stráveného času. Hlavním zdrojem rozladěnosti u mužů byl nedostatečný zájem o jejich osobu ze strany partnerky. Ženy se bály, že jejich dočasná nesamostatnost a vzrůstající požadavky na partnera, plynoucí z panické poruchy, povedou k postupnému rozpadu vztahu. Obávaly se, že jejich mužští partneři nebudou schopni jejich nemoc akceptovat. Ti však s tímto faktem neměli zásadní problém.

Kvalita života je pak ovlivněna zejména u panické ženy. Panické ženy se shodovaly v mnoha negativních dopadech. Dopad změn na partnery nebyl již ve všech oblastech tak výrazný. Tento rozdílný pohled mužů a žen připisují faktu, že žena je si jako nositel onemocnění vědoma všech atributů a důsledků nemoci. Zároveň ale mohou její úzkostné myšlenky, spojené s nemocí, ovlivnit její úsudek, co se dopadů na kvalitu života týče.

V mém výzkumu lze pozorovat vliv typu léčby pozdější dopad na kvalitu jejich života a vztahu. U všech 3 typů léčby byly partnery zaznamenány, ve shodě s Mendlowiczovými a Steinovými výzkumy, pozitivní dopady na další kvalitu života a vztah, u farmakologické léčby však docházelo k vyššímu výskytu negativních dopadů než u zbylých dvou typů léčby. Domnívám se tak, že je to následek chybějící psychoterapie v léčbě, která partnerům umožní vidět problémy a efektivně je řešit.

Velmi mne překvapily mnohé popisované pozitivní vlivy panické poruchy na vztah a život. Po své vlastní zkušenosti s touto nemocí jsem spíše očekávala vícero negativních emocí a vlivů s ní spojených. Je ale velmi pravděpodobné, že právě 8 párů, které se mnou byly ochotné spolupracovat, se mého výzkumu zúčastnilo z části právě proto, že jejich společná zkušenost s touto nemocí byla v zásadě pozitivní. Bohužel jsem nebyla schopna zjistit důvody odmítnutí podílení se na výzkumu oslovených žen a mužů a to z důvodů neochoty k jejich sdělení nebo absence jakékoli reakce na můj podnět. Několik žen však vyjádřilo přání účastnit se výzkumu, ale jejich partneři nebyli natolik ochotní a odmítli se na výzkumu podílet. Je možné předpokládat, že právě tito muži, kteří nebyli v mém výzkumu přítomni, projevovali stejnou neochotu při podílení se na léčbě své partnerky.

### 2.8.2. Závěr

Domnívám se, že v souvislosti výsledky mé práce by v léčbě panické poruchy mělo dojít ke snaze o upřednostnění psychoterapeutického léčebného přístupu. Velkou částí lékařů je v současnosti nedoceňován. Stále se ve většině případů k léčbě panické poruchy využívají samotná antidepresiva, která mají sice velmi dobrou účinnost, ale nedokážou dostatečně zabránit remisi a odstranit všechny přítomné příznaky panické poruchy. Naproti tomu psychoterapeutická léčba znamená pro nemocnou a její rodinu nutnost aktivní účasti na léčbě prostřednictvím osvojení si základních technik odbourávání stresu a úzkosti. Dochází tak nejen k samotné léčbě nemocné, ale i posílení vazeb a blízkých vztahů. Účinnost tohoto druhu léčby je dlouhodobá a je zaznamenán nižší výskyt remisí u pacientů.

Tento výzkum odkrývá mnoho dalších otázek, na které by bylo vhodné nalézt odpovědi. Pocity, zkušenosti a dopady na psychiku partnera a nemocné jsou v současnosti nepříliš prozkoumaným tématem. Jistě by bylo velmi užitečné zvolit větší vzorek a moci tak potvrdit vyšší účinnost psychoterapeutického přístupu oproti farmakologickému a zároveň klást pozornost na to, zda se účinnost léčby liší u manželských párů a párů partnerských dle teorie Goldsteina a Chamblesse, kteří předpokládali, že panické ženy projevují výrazně vyšší úzkost v partnerském vztahu. Dále by bylo vhodné do výzkumu zahrnout i páry, které sice v současnosti spolu již nejsou, ale v době partnerčiny nemoci a léčby spolu žili v jedné domácnosti. Velmi přínosné by taktéž bylo nezaměřit se pouze na panické ženy, ale i na panické muže.

## 2.9. Seznam použité literatury

### 2.9.1. Literatura

Anthony, Martin M; Stein, Murray B. *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*. New York: Oxford University Press, 2009

Carlson, John; Sperry, Len. *The Disordered Couple*. Bristol: BRUNNEL/MAZEL, Inc., 1998

Foxman, Paul. *Dancing with Fear: Controlling Stress and Creating a Life beyond Panic and Anxiety*. Alameda: Hunter House Inc. Publishers, 2007

Harvey, John H.; Wenzel, Amy, Sprecher, Susan. *The Handbook of Sexuality in Close Relationship*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc., 2008

Hendl, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 2010

Kaslow, Florence Whiteman. *Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns*. New York: John Wiley & Sons, 1996.

Kukumberg, Peter; Ulč, Igor. *Panická porucha*. Praha: Maxdorf, 2001

Ondráčková, Ivana; Šípek, Jiří; Práško, Ján. *Panická porucha a jak ji postupně překonávat: příručka pro trpící záchvaty úzkosti*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1997

Otto, Michal W.; Pollack, Mark H.; Barlow, David H.. *Stopping Anxiety Medication: Patient Workbook*. New York: Oxford University Press, 1995

Peurifoy, Reneau Z.. *A Step by Step Program for Regaining Control of Your Life*. New York: Warner Book Edition, 2005

Praško, Ján; Ondráčková, Ivana; Šípek, Jiří. *Panická porucha a její léčba: přehled problematiky a manuál kognitivně-behaviorálního přístupu k léčbě*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1997

Praško, Ján; Prašková, Hana. *Jak zvládat paniku a strach cestovat*. Praha: Grada, 1998

Praško, Ján; Prašková, Hana; Prašková, Jana. *Specifické fobie*. Praha: Portál, 2008

Praško, Ján; Vyskočilová, Jana; Adamcová, Katarína; Prašková, Hana. *Agorafobie a panická porucha*. Praha: Portál, 2008



Praško, Ján; Vyskočilová, Jana; Prašková, Jana. *Úzkost a obavy a jak je překonat*. Praha: Portál, 2006

Ross, Jerilyn. *Triumph Over Fear: A Book of Help and Hope for People with Anxiety, Panic Attacks, and Phobias*. New York: Bantam Books, 1994

Snyder, Douglas K..*Treating Difficult Couples: Helping Client with Coexisting Mental and Relationship Disorders*. New York: The Guilford Press, 2003

Walsh, Froma; Anderson, Carol. *Chronic Disorders and Family*. New York: The Haworth Press, 1987

### 2.9.2. Články

Arrindel, W. A.; Emmelkamp, P. M.G.; Sanderman, R. Marital Quality and General Life Adjustment in Relation to treatment outcome in Agoraphobia. *Pergamon Journals*. 1986. s. 139-185

Byrne, Michal; Carr, Alan; Clark, Marie. The Efficacy of couples-based intervention for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Family Therapy*. 2004, vol 26, s. 105-125

Hickey, Deidre; Carr, Alan; Dooley, Barbara; Guerin, Suzanne; Butler, Eamonn; Fitzpatrick, Lourde. Family and Marital Profiles of Couples in which One Partner Has Depression or Anxiety. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2005, vol 31, s. 171-182

Hunsley, John. Anxiety Disorders and the Family. *Canadian Family Physician*. 1991, vol 37, s. 421-427

Chval, Josef. Panická porucha v ordinaci internisty. *Interní Med*. 2007, roč. 9, č. 8, s. 338-342

Kosová, Jiřina. Farmakoterapie a psychoterapie úzkostných poruch. *Psychiatr. Prax*. 2005, roč.6, s. 283-285

Kukumberg, Peter. Panická porucha- Neuropsychiatrický profil. *Cesk Slov Neurol*. 2007, č. 70, s. 6-15

Simon, Naomi M; Otto, Michael W.; Corbly, Nicole B.; Peters, Patricia M.; Nicolaou, Despina C.; Pollack, Marks H. Quality of Life in Social Anxiety Disorder Compared with Panic Disorder and the General Population. *Psychiatric Services*. 2002, vol 53, s. 714-718

Whisman, Mark A. Marital Dissatisfaction and Psychiatric Disorders : Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*. 1999, vol 108, s.701-706